

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SICUREZZA

Contratto di Assicurazione infortuni, malattie, tutela giudiziaria ed assistenza

Mod. I72AVV/02 – Convenzione AVVOCATI

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

PARTE COMUNE

1. DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato	L'avvocato ed i suoi collaboratori, praticanti e dipendenti, per i quali non sia operante la copertura assicurativa obbligatoria INAIL e per cui è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
Day hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

2. NORME GENERALI

Art. 2.1 – Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato - Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.2 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Art. 2.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1910 del codice civile, deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Se l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Art. 2.4 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

In tutti i casi, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Qualora siano assicurate in polizza garanzie della Sezione Malattie, le Parti potranno avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per sinistri relativi alle garanzie della Sezione Infortuni. In tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, la Società si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le garanzie della Sezione Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 2.5 – Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato – Forma delle comunicazioni" e 2.8 "Persone non assicurabili" della PARTE COMUNE, nonché per esclusione di singoli assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 2.6 – Proroga dell'assicurazione - Periodo di assicurazione - Mezzi di pagamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza,

l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferisce al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.

In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.

In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

(*) *si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

(**) *in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Art. 2.7 – Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.8 – Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive,

non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 2.9 – Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Art. 2.10 – Adeguamento delle somme assicurate e del premio

Ad ogni scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in misura costante pari al 3% degli importi inizialmente stabiliti.

A tale adeguamento non sono soggetti:

- nell'ambito della SEZIONE INFORTUNI i valori indicati nell'art. 3.3 "Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo" e, se assicurata, anche quelli indicati nella prestazione "Inabilità Temporanea - B) la determinazione dell'indennizzo";
- somme assicurate, valori e premio della SEZIONE MALATTIE;
- somme assicurate, valori e premio della sezione TUTELA GIUDIZIARIA;
- somme assicurate, valori e premio della SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 2.11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 2.12 – Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*
- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Art. 2.13 – Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

SEZIONE INFORTUNI - FORMULA COMFORT

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

24 ore su 24

Art.1.1 – Ambito di operatività

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

L'assicurazione vale in tutto il mondo (*salvo quanto previsto nell'art. 2.1 "Precisioni sull'ambito di operatività - servizio militare"*).

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Precisioni sull'“ambito di operatività”

Nell'ambito di operatività indicato in polizza, sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluso quanto previsto dal successivo art. 2.2 “Esclusioni” lett. a)*;
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, *escluse in ogni caso le malattie, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria*;
- g) *le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza*;
- h) le lesioni da sforzo, limitatamente a quelle muscolari, *per le sole garanzie “Invalidità permanente” e “Indennità giornaliera da ricovero”*. In caso di rotture tendinee da sforzo, verrà corrisposta un'indennità per il periodo in cui il sinistro provochi all'Assicurato la incapacità temporanea, in misura parziale o totale, ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate. Tale indennità è pari, per ogni giorno, a 1/3000 della somma assicurata per invalidità permanente, *con il massimo di euro 50,00, fino a 30 giorni dal giorno dell'infortunio*. In caso di rottura da sforzo del tendine d'Achille detta indennità è pari, per ogni giorno, a 1/3000 della somma assicurata per invalidità permanente, *con il massimo di euro 100,00, fino a 30 giorni dal giorno dell'infortunio*. "L'incapacità deve essere provata da certificati medici, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze";

- i) le ernie, limitatamente alle sole ernie addominali da causa violenta, *per le quali la Società liquida esclusivamente un'indennità giornaliera da ricovero per l'intervento chirurgico (valida anche in caso di day hospital), pari a 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite di euro 150,00. Viene inoltre corrisposta un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di euro 500,00. Nel caso l'ernia dovesse risultare tecnicamente non operabile, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata ferma l'applicazione delle franchigie di polizza.*
Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione della polizza.
Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diversi da quelle addominali da causa violenta.

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave	gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);
tumulti popolari	le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);
eventi speciali	a parziale deroga del successivo art. 2.2 "Esclusioni" lett. j), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni a condizione che l'Assicurato sia rimasto vittima di tali eventi al di fuori del comune di residenza;
servizio militare	gli infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace durante i richiami al servizio militare per ordinarie esercitazioni;
stato di guerra e di insurrezione	a parziale deroga del successivo art. 2.2 "Esclusioni" lett. f), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino. <i>La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.</i>

Art. 2.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si fa riferimento a quanto previsto dal "Codice della strada" vigente al momento del sinistro;*
- gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, compiuti i 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 6 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal successivo art. 4.1 "Rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività - stato di guerra e di insurrezione";*
- gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;*
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1 "Precisazioni sull'ambito di operatività – eventi speciali";*
- gli infortuni derivanti da qualsiasi attività sportiva a qualunque titolo praticata;*

- l) partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;*
- m) l'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici.*

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 – Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

In caso di invalidità permanente a seguito di infortunio, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo, calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

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 limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2 – Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle percentuali previste dalla tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, come in vigore al 24 luglio 2000.

Art. 3.3 – Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui ai precedenti artt. 3.1 "Invalidità Permanente: l'accertamento del grado" e 3.2 "Invalidità Permanente: tabella di determinazione", *dedotti 5 punti.*

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 100.000,00.

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

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 ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Art. 3.4 – Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 3.5 – Inabilità temporanea

A) le modalità di accertamento

Qualora l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, abbia per conseguenza una inabilità temporanea, intendendosi per tale la perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali dichiarate, la Società, fermo quanto stabilito successivamente alla lettera B), liquida l'indennità giornaliera assicurata in polizza, *per un periodo massimo di un anno dal giorno dell'infortunio.*

L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per il periodo della necessaria cura medica e decorre (fermo quanto disposto dalla successiva lettera B), dal giorno dell'infortunio. I certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

A deroga dell'art. 1.1 "Ambito di operatività" della SEZIONE INFORTUNI, per gli infortuni subiti fuori dall'Europa e dagli Stati africani ed asiatici del Mediterraneo e del Mar Nero, la garanzia è operante limitatamente al periodo di ricovero, adeguatamente certificato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno di rientro in Italia.

B) la determinazione dell'indennizzo

La somma assicurata per inabilità temporanea è corrisposta con le seguenti modalità:

- *fino al 10° giorno successivo a quello dell'infortunio non viene corrisposto alcun indennizzo;*
- *a partire dall'11° giorno successivo a quello dell'infortunio e fino al 20° giorno successivo a quello dell'infortunio viene corrisposto, per ciascun giorno di inabilità, un indennizzo pari al 50% della somma assicurata;*
- *a partire dal 21° giorno successivo a quello dell'infortunio, viene corrisposto per ciascun giorno di inabilità un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.*

Art. 3.6 – Indennità giornaliera da ricovero e da convalescenza

(Operante se corrisposto il relativo premio)

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura, la Società liquida l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero, *per un periodo massimo di 360 giorni - anche non consecutivi - da quello dell'infortunio. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.*

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero in istituto di cura.

In caso di ricovero superiore a 7 giorni, a seguito del quale all'Assicurato venga prescritta dai medici che lo hanno in cura una certificazione medica per un periodo di convalescenza domiciliare, la Società liquida anche in relazione a detto periodo l'indennità giornaliera assicurata in polizza, *per una durata massima pari ai giorni di degenza, con il limite di 30 giorni.*

La diaria di convalescenza non si cumula con quella prevista dall'art. 2.1 "Precisazione sull'ambito di operatività" – lettera i) della SEZIONE INFORTUNI (ernie).

Art. 3.7 – Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata

in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie" le seguenti spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio:

a) **durante il ricovero** per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

b) **dopo il ricovero**, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie*;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, *fino ad un limite del 30% della somma assicurata*.

c) **in assenza di ricovero**, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie*;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, fino ad un limite del 20% della somma assicurata.

Inoltre, sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- d) primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio (per il periodo massimo di 1 anno) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, ferma l'esclusione delle protesi dentarie) effettuate entro 2 anni dall'infortunio, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

Per tutti i casi sopraindicati il rimborso viene effettuato previa presentazione di regolare documentazione giustificativa di spesa in originale e a cure ultimate. Le spese di cui sopra sono rimborsate dalla Società previa applicazione di una franchigia di Euro 250,00 per evento.

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, la Società liquida una delle seguenti indennità calcolate sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Il giorno di dimissione non viene considerato.

L'importo liquidato non potrà superare la somma di euro 10.000,00.

La garanzia non vale comunque in caso di ricoveri in regime di day hospital.

Art. 3.8 – Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave

(Operante se corrisposto il relativo premio)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado non inferiore al 66%, la Società corrisponderà all'Assicurato, oltre a quant'altro dovuto ai sensi della polizza suindicata, la somma necessaria per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di rendita vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta. Detta somma sarà pari al premio necessario per avere diritto ad una rendita il cui importo iniziale annuo risulti uguale a quanto indicato in polizza.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1 – Rischio volo

A parziale deroga dell'art. 2.2 "Esclusioni" lettera c) della SEZIONE INFORTUNI, la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

Art. 4.2 – Cambiamento dell'attività professionale - Attività diversa da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società; in tal caso si applicheranno gli artt. 1897 (Diminuzione del rischio) e 1898 (Aggravamento del rischio) del Codice Civile.

L'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta nel caso in cui il cambiamento dell'attività non comporti diminuzione né aggravamento di rischio.

Se l'infortunio si verifica nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quella dichiarata in polizza, ovvero nello svolgimento di altra attività che comporti comunque caratteristiche di professionalità, l'indennizzo è dovuto:

- integralmente, se all'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello dell'attività professionale indicata in polizza;
- in misura ridotta in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA					
ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	
	100	100	100	100	Classe A
	80	100	100	100	Classe B
	50	65	100	100	Classe C
	40	50	80	100	Classe D

Qualora l'attività professionale svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile tra le seguenti:

- sportivi professionisti;
- personale viaggiante su aeromobili o mezzi subacquei;

la Società non corrisponderà alcun indennizzo.

Per la valutazione del grado di rischio delle varie attività professionali si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportata nell'elenco "Codici Attività Professionali". In caso di attività eventualmente non specificate in detto elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 – Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la

polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

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

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.3 – Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alle garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse, nei seguenti casi:

- per invalidità permanente, qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, *fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00*;
- per il rimborso delle spese sanitarie qualora l'Assicurato abbia sostenuto delle spese documentate per un importo non inferiore a euro 1.000,00 previa presentazione dei documenti giustificativi. L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia "Rimborso spese sanitarie", salvo conguaglio a cura ultimata;
- *per ricovero, su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino il ricovero stesso, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.*

Art. 5.4 – Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui al precedente art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo

quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5 – Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

CODICI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

L'assicurazione è prestata in base alla esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza al "Codice Professione" indicato in polizza. Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre darne atto e si dovrà applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva in ordine alfabetico.

CLASSE A

Codice	Descrizione Attività Professionale
A 103	Amministratori di beni
A 809	Appartenenti al clero (che non svolgono attività di cui al codice B 672)
A 106	Architetti
A 803	Attori (escluse controfigure e stunt-men)
A 107	Avvocati
A 818	Bambini in età prescolare e studenti fino al compimento del 14° anno di età
A 306	Barbieri/Parrucchieri
A 805	Benestanti senza altra attività professionale
A 307	Callisti, manicure, pedicure
A 806	Cantanti
A 133	Commercialisti e consulenti del lavoro
A 637	Dirigenti/impiegati/quadri con mansioni amm.ve e sedentarie
A 639	Disegnatori, grafici, pittori artistici
A 315	Estetisti/truccatori
A 111	Geometri senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
A 113	Indossatori/trici e fotomodelli/e
A 114	Ingegneri senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
A 660	Insegnanti senza esercitazione di prove pratiche
A 331	Massaggiatori/fisioterapisti
A 124	Notai
A 629	Operatori e addetti a centri elaborazione dati
A 108	Periti
A 823	Pensionati
A 510	Politici e sindacalisti
A 821	Presentatori, musicisti, direttori d'orchestra, registi
A 343	Sarti

A 999 Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale.

CLASSE B

Codice Descrizione Attività Professionale

B 678	Addetti alle pulizie
B 102	Agenti e intermediari che operano nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
B 203	Agricoltori senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 401	Albergatori
B 402	Allenatori sportivi non giocatori
B 205	Allevatori di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 603	Analisti chimici, biologi, addetti a centri di analisi mediche
B 341	Antiquari
B 434	Armaioli con solo attività di vendita
B 802	Artisti di varietà e ballerini
B 304	Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
B 607	Assistenti sociali
B 337	Barcaioli, gondolieri
B 623	Benzinai, escluse attività di manutenzione e lavaggio
B 619	Bidelli
B 308	Calzolari
B 429	Camerieri, addetti al servizio alberghiero e simili
B 808	Casalinghe senza altra attività professionale
B 641	Collaboratori familiari, baby-sitter
B 407	Commercianti (esclusi ambulanti): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t. Non sono comunque comprese le attività rientranti nei codici B 434 - B 421 - B 422 - C 415 - C 420 - C 135
B 403	Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce
B 345	Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
B 636	Diplomatici, ambasciatori
B 638	Dirigenti/impiegati/quadri con mansioni esterne, commerciali o tecniche
B 123	Farmacisti
B 322	Fotografi
B 110	Geologi
B 112	Geometri con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B 424	Gestori (inclusi addetti) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
B 208	Giardinieri, vivaisti: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 652	Giornalisti
B 512	Guide turistiche
B 326	Imbianchini senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature

B 506	Imprenditori che non prestano opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B 672	Infermieri, paramedici (anche se appartenenti al clero)
B 115	Ingegneri con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B 659	Insegnanti con esercitazione di prove pratiche
B 117	Istruttori di scuola guida
B 662	Magistrati
B 120	Medici (esclusi radiologi con estensione alle radiodermiti)
B 338	Odontotecnici
B 365	Operai (escluso muratori), senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
B 427	Orafi, incisori
B 421	Orologiai, gioiellieri
B 675	Ostetriche
B 422	Panettieri, pasticceri senza produzione
B 340	Pellettieri
B 628	Pizzaioli
B 631	Portieri e custodi in genere
B 116	Postini
B 211	Scultori
B 820	Studenti dopo il compimento del 14° anno di età
B 344	Tappezzieri
B 125	Veterinari
B 126	Vetrinisti
B 999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

CLASSE C

Codice	Descrizione Attività Professionale
C 816	Agenti di Polizia
C 807	Appartenenti al corpo dei Carabinieri
C 348	Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
C 686	Autisti (esclusi taxisti) di veicoli in genere, esclusi gli autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t e gli autobus; guidatori di natanti
C 622	Benzinai, incluse attività di manutenzione e lavaggio
C 309	Carrozzeri
C 627	Cavaioli senza uso di mine
C 415	Commercianti (inclusi addetti) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione con attività di carico/scarico merce
C 352	Commercianti ambulanti
C 404	Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce
C 311	Conciai
C 367	Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore

C 630	Cuochi
C 312	Elettrauto
C 313	Elettricisti senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
C 810	Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
C 358	Foto-reporters, cineoperatori
C 323	Gommisti e simili
C 653	Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri e forestali
C 811	Guardia di Finanza
C 656	Guardie notturne e giurate
C 324	Idraulici
C 518	Imprenditori che prestano opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
C 420	Macellai
C 822	Magazziniere
C 334	Meccanici
C 122	Medici radiologi con estensione alle radiodermiti
C 360	Operai (escluso muratori) con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
C 135	Panettieri, pasticceri con produzione
C 209	Pescatori e marinai
C 342	Restauratori senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
C 362	Riparatori di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza intervento su antenna)
C 685	Taxisti
C 346	Tipografi, litografi
C 819	Vigili Urbani
C 999	Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale.

CLASSE D

Codice	Descrizione Attività Professionale
D 201	Abbattitori di piante, boscaioli
D 212	Agricoltori con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D 516	Allevatori di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
D 301	Antennisti
D 305	Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
D 687	Autisti di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t e di autobus
D 625	Carpentieri
D 314	Elettricisti con accesso a tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione
D 316	Fabbri
D 320	Falegnami
D 651	Fonditori

- D 207 Giardinieri, floricoltori con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole
- D 327 Imbianchini con accesso a tetti, ponteggi, impalcature
- D 329 Marmisti
- D 336 Muratori
- D 361 Operai (escluso muratori) con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
- D 815 Palombari, sommozzatori
- D 363 Restauratori con accesso a tetti, ponteggi, impalcature
- D 347 Vetrai
- D 682 Vigili del fuoco
- D 999 Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale

SEZIONE MALATTIE

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LA SEZIONE MALATTIE

- Ictus** Ictus cerebrale: accidente cerebro-vascolare acuto costituito da emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero.
- Infarto** Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'ECG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.
- Non fumatore** L'Assicurato che:
- non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;
 - negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.

2. DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Validità territoriale - Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia - Termine di aspettativa

Le garanzie della presente SEZIONE MALATTIE decorrono:

- 1) per l'**invalidità permanente da malattia** dalle ore 24:
 - a) del giorno di effetto dell'assicurazione per l'ictus o l'infarto;
 - b) del 60° giorno successivo alla data di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

La Società risponde pertanto delle invalidità permanenti derivanti da malattie manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia invalidità permanente da malattia ed indennizzabili a termini di contratto trascorsi i suddetti termini di aspettativa;
- 2) per l'**invalidità permanente da ictus o infarto** dalle ore 24 del giorno di effetto dell'assicurazione; la Società risponde pertanto delle invalidità permanenti derivanti dalle predette malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e non oltre la scadenza della garanzia invalidità permanente da ictus o infarto;
- 3) per l'**indennità giornaliera di ricovero** dalle ore 24:
 - c) dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
 - d) del trentesimo giorno successivo per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
 - e) del trecentesimo giorno successivo per il parto;
 - f) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, in cui siano già prestate le garanzie di cui alla presente SEZIONE MALATTIE i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e le somme da quest'ultimo previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di aspettativa decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse prestazioni assicurate.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui sopra vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 2.3 – Esclusioni

L'assicurazione di cui alla presente SEZIONE MALATTIE per la garanzia:

- 1) **invalidità permanente da malattia** e per **l'invalidità permanente da ictus o infarto** non comprende le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:
 - a) stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave;
 - b) malattie mentali, disturbi psichici in genere e le nevrosi;
 - c) abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;
 - d) trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura di malattie dell'Assicurato;
 - e) guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
 - f) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
 - g) trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;
- 2) **indennità giornaliera di ricovero** non è operante, oltre a quanto indicato negli articoli 2.1 "Precisazioni sull'ambito di operatività" e 2.2 "Esclusioni" della SEZIONE INFORTUNI, in caso di ricovero dovuto a:
 - h) stati patologici, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
 - i) malattie verificatesi durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 - j) cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
 - k) cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
 - l) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
 - m) contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;
 - n) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
 - o) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
 - p) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 – Invalidità permanente da malattia

(Operante se corrisposto il relativo premio)

Se per l'Assicurato risulta indicata in polizza la somma per la garanzia invalidità permanente da malattia, l'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la scadenza della garanzia stessa, fermo il termine di aspettativa previsto all'art. 2.2 della SEZIONE MALATTIE. Sono peraltro comprese le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi entro i 6 mesi successivi alla scadenza della garanzia sempreché relative a malattie insorte durante il periodo di sua validità.

Art. 3.2 – Invalidità permanente da ictus o infarto

(Operante se corrisposto il relativo premio)

Se per l'Assicurato risulta indicata in polizza la somma per la garanzia invalidità permanente da ictus o infarto, l'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti ad ictus o infarto manifestatesi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la scadenza della garanzia stessa.

Art. 3.3 – Invalidità permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza la percentuale individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertato a termini dell'art. 5.6 "Accertamento dell'invalidità permanente" della SEZIONE MALATTIE.

Nella Colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo da liquidare.

Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare	Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare
Inferiore a 25	0	44	39
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	da 49 a 66	uguale all'accertato
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	87
40	31	77	90
41	33	78	93
42	35	79	97
43	37	80 e oltre	100

Nessun indennizzo risulta pertanto spettare in caso di invalidità permanente accertata di grado inferiore al 25% della totale.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto in parti uguali agli eredi.

Art. 3.4 – Indennità giornaliera di ricovero

(Operante se corrisposto il relativo premio)

In caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico;

la Società corrisponde l'indennità giornaliera se indicata in polizza:

- 1) per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.

Detta indennità viene corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;

b) aumentata del 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve);

c) ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità;

- 2) per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante. Questa garanzia è operante solo in seguito a ricoveri di durata continuativa superiore a 10 giorni e con le seguenti modalità:

- per i primi 5 giorni l'indennità viene corrisposta al 50% dell'importo indicato in polizza;
- per i giorni successivi viene corrisposta al 100% dell'importo indicato in polizza;
- per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lettera a) e b) del presente articolo, non può comunque superare il limite di euro 350,00 giornalieri.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1 – Adeguamento annuale del premio in base all'età dell'Assicurato

Essendo la tariffa di ciascuna garanzia della SEZIONE MALATTIE basata sull'età dell'Assicurato, in occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato per ciascuna delle tariffe in un aumento forfetario rispetto all'annualità precedente:

- del 5% da applicarsi al premio relativo alle garanzie invalidità permanente da malattia ed invalidità permanente da ictus o infarto;

- del 2% da applicarsi al premio relativo alla garanzia indennità giornaliera di ricovero.

Art. 4.2 – Durata delle garanzie di invalidità permanente della SEZIONE MALATTIE

Le garanzie di invalidità permanente da malattia ed invalidità permanente da ictus o infarto cessano alle scadenze indicate in contratto per il singolo Assicurato senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.

A decorrere dalle predette date di scadenza, ferma la vigenza delle altre garanzie prestate in polizza, il premio complessivo del contratto sarà diminuito della parte di premio relativo alle garanzie invalidità permanente da malattia e/o invalidità permanente da ictus o infarto dell'annualità precedente.

Art. 4.3 – Assicurazione presso diversi assicuratori

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.3 "Assicurazione presso diversi assicuratori" della PARTE COMUNE, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni "Indennità giornaliera di ricovero" presso altri assicuratori o la Società stessa.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Per le garanzie "Invalidità permanente da malattia" e "Invalidità Permanente da ictus o infarto" permane invece l'obbligo di denuncia nei termini previsti dal predetto art. 2.3 "Assicurazione presso diversi assicuratori" della PARTE COMUNE.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini della presente SEZIONE MALATTIE, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2 – Dichiarazione di stato di non fumatore

Premesso che le garanzie della presente SEZIONE MALATTIE si basano su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi di quanto previsto all'art. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato - Forma delle comunicazioni" della PARTE COMUNE, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del sinistro è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 5.3 – Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché sul grado di invalidità permanente accertato nei termini di cui alla presente SEZIONE MALATTIE, è facoltà delle Parti conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.4 – Liquidazione

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo.

Norme valide per le sole garanzie invalidità permanente da malattia ed invalidità permanente da ictus o infarto

Art. 5.5 – Denuncia della malattia

La denuncia di ciascuna malattia che possa comportare – secondo parere medico – una invalidità permanente deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni dalla sua diagnosi clinica o strumentale oppure dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Successivamente devono essere inoltre inviati i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata.

La valutazione dell'invalidità permanente da malattia avverrà in Italia.

Art. 5.6 – Accertamento dell'invalidità permanente

La percentuale di invalidità permanente per le garanzie di cui alla presente SEZIONE MALATTIE è accertata, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla data della denuncia – effettuata nei termini previsti al precedente art. 5.5 “Denuncia della malattia” – e comunque non oltre 18 mesi dalla stessa.

Tuttavia l'accertamento della percentuale di invalidità permanente, previa richiesta dell'Assicurato, potrà avvenire trascorsi almeno 6 mesi dalla denuncia a condizione che:

- a) *venga prodotta diagnosi clinica di guarigione avvenuta;*
- b) *la menomazione conseguente alla malattia risulti del tutto stabilizzata.*

Art. 5.7 – Anticipo indennizzi

La Società su richiesta dell'Assicurato corrisponde un anticipo dell'indennizzo da imputarsi nella liquidazione definitiva a condizione che relativamente alla malattia denunciata:

- a) *non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro;*
- b) *trascorsi almeno 12 mesi dalla denuncia, la malattia stessa non risulti stabilizzata;*
- c) *l'invalidità permanente che possa derivare risultati, dalle valutazioni mediche effettuate, in ogni caso di grado superiore alla franchigia contrattualmente stabilita.*

L'anticipo sarà determinato applicando alla somma assicurata la percentuale individuata nella Colonna B dell'art. 3.3 “Invalidità permanente: la determinazione dell'indennizzo” della SEZIONE MALATTIE in corrispondenza del grado di invalidità permanente minimo prevedibile per la malattia secondo valutazione medica. L'anticipo così determinato non

potrà comunque superare il 50% dell'indennizzo corrispondente al grado di invalidità permanente massimo prevedibile secondo valutazione medica per la stessa malattia.

Art. 5.8 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata ed indennizzabile a termini di contratto, indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da situazioni patologiche o infermità preesistenti alla malattia denunciata.

Le invalidità permanenti da malattia già accertate non saranno ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso nuove malattie determinino un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.

Norme valide per la sola garanzia indennità giornaliera di ricovero

Art. 5.9 – Denuncia del ricovero

La denuncia di sinistro per la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 15 giorni dall'avvenuta dimissione presentando la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

Art. 5.10 – Franchigia

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia intendendosi per tale il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

SEZIONE ASSISTENZA

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE

Struttura Organizzativa EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, società appartenente al Gruppo Generali iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto delle Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico di Generali Italia S.p.A.

Prestazioni Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

2. PRESTAZIONI

FORMULA BASIC: saranno operanti le seguenti prestazioni se riportata la corrispondente formula nel riquadro di polizza della Sezione Assistenza

Art. 2.1 – Guida Sanitaria on line

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Art. 2.2 – Consulenza medica generica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 2.3 – Invio di un medico generico al domicilio

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non

riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 2.4 – Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici – laboratori di analisi

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio necessiti di ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici o esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Art. 2.5 – Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio e come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio o dal luogo in cui si trovi per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa prescrizione provvederà alla consegna di quanto indicato dal medico curante.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali e degli articoli sanitari.

Art. 2.6 – Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero superiore a 5 giorni per infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di 3 invii per ogni periodo post-ricovero.

Non è compreso in garanzia il costo dei beni acquistati che dovrà essere anticipato all'incaricato.

Art. 2.7 – Trasporto in autoambulanza dal domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

Art. 2.8 – Trasporto dal Pronto Soccorso

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

FORMULA COMFORT: oltre a quanto previsto per la Formula Basic saranno operanti le seguenti prestazioni se riportata la corrispondente formula nel riquadro di polizza della Sezione Assistenza

Art. 2.9 – Consulenza medica ortopedica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un consulto telefonico urgente con uno specialista in ortopedia, e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 2.10 – Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 2.11 – Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 2.12 – Trasferimento in istituto di cura specialistico

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti all'art. 2.14 "Rientro sanitario";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 2.13 – Rientro dall'istituto di cura

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo – tra quelli previsti all'art. 2.14 "Rientro sanitario" – ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Art. 2.14 – Rientro sanitario

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (solo nei paesi europei);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio ed i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali.

FORMULA TOP: oltre a quanto previsto per la Formula Comfort saranno operanti le seguenti prestazioni se riportata la corrispondente formula nel riquadro di polizza della Sezione Assistenza

Art. 2.15 – Consulto tra specialisti

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato, valutate dal medico specialista, richiedano un consulto, la Struttura Organizzativa – previo esame del caso clinico da parte della propria équipe – organizza un contatto tra il medico specialista dell'Assicurato e uno o più specialisti nella specifica patologia.

Art. 2.16 –Telemedicina

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

a) Distance care

In caso di ricovero dovuto ad infortunio di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato da operatori addestrati che assistono l'Assicurato, sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 72 ore.

b) Medical Advice Program

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Struttura Organizzativa, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Struttura Organizzativa e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa – attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri – al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica e le eventuali spese di trasferimento e alloggio dell'Assicurato sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale. Tale servizio prevedrà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Struttura Organizzativa invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Struttura Organizzativa stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Struttura Organizzativa. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

Art. 2.17 – Assistenza all'estero

a) Collegamento telefonico con l'istituto di cura

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio, la Struttura Organizzativa, previa sua richiesta, attiverà un collegamento telefonico diretto tra i medici della stessa ed il medico curante sul posto; le notizie cliniche verranno poi comunicate alle persone indicate dall'Assicurato.

b) Viaggio di un familiare

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

c) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato, a seguito di infortunio o malattia, in istituto di cura all'estero e si renda necessaria la presenza di un interprete, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirlo sostenendone gli onorari fino ad un massimo di 8 ore lavorative giornaliere.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

d) Invio di medicinali urgenti

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio e secondo parere medico, necessiti urgentemente per le cure del caso di specialità medicinali regolarmente registrate in Italia non reperibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali.

e) Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio non sia in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita, in conseguenza di infortunio o malattia, la Struttura Organizzativa organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro e di euro 100,00 al giorno per ciascun Assicurato.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione medica comprovante la causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Struttura Organizzativa ai sensi del presente articolo.

f) Rimpatrio della salma

(prestazione valida ad oltre 100 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 3.000,00 per sinistro ancorché siano coinvolti più Assicurati.

Non sono comprese nella prestazione le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscano il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

3. NORME COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Art. 3.1 – Attivazione della Struttura Organizzativa

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

Art. 3.2 – Limite per anno assicurativo

Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui agli artt. 2.2, 2.4 e 2.9 della SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 3.3 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di assistenza di cui agli art. 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.16, l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Art. 3.4 – Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 713 782
dall'estero al numero +39 0258 286 701

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8 – 20135 Milano.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;
- b) nome e cognome;
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla indicata nel riquadro di polizza della Sezione Assistenza;
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13, 2.14, 2.15 e 2.17;
- dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.1, 2.4 e 2.16.

Art. 3.5 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione Assistenza :

- a) *gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) *le conseguenze derivanti da guerra, atto terroristico, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e da tutti quei fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;*
- c) *le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;*
- d) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- e) *gli infortuni sofferti in conseguenza delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitta, sport aerei in genere, corse e gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale.*

Art. 3.6 – Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 3.7 – Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LA SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a:

DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.

con sede in Verona – Via Enrico Fermi 9/B – Numero verde 800475633 – Fax (045) 8351023, *sinistri@das.it* in seguito per brevità denominata DAS.

A quest'ultima dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altro elemento relativi a tali sinistri.

Delitto	La violazione di una norma penale (reato) sanzionata con la reclusione e/o la multa.
Doloso (o secondo l'intenzione)	Il fatto illecito compiuto con la consapevolezza e la volontà di farne derivare un evento contrario alla legge.
Fatto illecito	L'inosservanza di un precetto dell'ordinamento giuridico.
Illecito extracontrattuale	Si ha quando il danno che ne è conseguente non ha alcuna connessione con i rapporti contrattuali eventualmente intercorrenti tra danneggiato e danneggiante.
Inadempimento contrattuale	Il mancato o cattivo adempimento agli obblighi derivanti da un contratto.
Preterintenzionale (o oltre l'intenzione)	Il fatto illecito che determina un evento dannoso più grave di quello voluto da chi lo ha commesso.
Procedimento penale	Il complesso delle attività svolte dagli organi statali di giustizia (quali ad esempio il Pubblico Ministero e il Giudice) al fine di accertare gli estremi di un reato, la responsabilità del relativo autore nonché per pronunciare eventuale sentenza di condanna.
Sinistro	Quel fatto che, nella denuncia penale ovvero nella domanda civilistica, si asserisce essere illecito.
Transazione	L'accordo col quale le Parti, tramite reciproche concessioni, pongono fine ad una lite insorta tra loro.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Validità territoriale – Limiti territoriali

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA vale per sinistri che avvengono nel territorio dell'Europa.

Art. 2.2 – Decorrenza della garanzia

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA opera per le vertenze determinate da sinistri insorti nel periodo di validità della garanzia e precisamente dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione per i presunti illeciti extracontrattuali.

La garanzia è operante anche per sinistri insorti nel periodo di validità della garanzia ma manifestatisi e denunciati entro i 6 mesi successivi.

Ai fini di quanto sopra stabilito, i fatti che hanno dato origine alla vertenza si considerano avvenuti nel momento

iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto si protragga attraverso più atti successivi, lo stesso si considererà avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo comportamento dal quale ha tratto origine la vertenza.

Art. 2.3 – Esclusioni

La garanzia di cui alla presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA non è operante per le vertenze aventi ad oggetto:

- a) diritto di famiglia e successioni;
- b) materia contrattuale;
- c) violazioni civili o penali derivanti da fatto doloso o delitto preterintenzionale dell'Assicurato;
- d) violazioni civili o penali derivanti da tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, atti di vandalismo, risse alle quali l'Assicurato abbia preso parte;
- e) violazioni civili o penali derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive, da contaminazione, da inquinamento di acque, terreni e colture;
- f) vertenze tra Assicurati e tra Assicurato e Contraente;
- g) vertenze dell'Assicurato nei confronti del datore di lavoro;
- h) vertenze avverso la Società;

inoltre se la vertenza è relativa ad un evento occorso all'Assicurato mentre si trovava alla guida di un veicolo, la garanzia non è operante: Assicurato e Contraente;

- i) se l'Assicurato stesso non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni salvo il caso di patente scaduta a condizione che il rinnovo del documento avvenga entro 6 mesi;
- j) se al momento del sinistro il veicolo non risulta coperto dalla prevista assicurazione obbligatoria R.C. Auto ai sensi del decreto legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni;
- k) se l'Assicurato è imputato di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o gli sia stata applicata una delle sanzioni previste dagli articoli 186 e 187 del Codice della Strada nonché se sia imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso (art. 189 del Codice della Strada).

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 – Spese legali e peritali

La Società assume a proprio carico, in luogo dell'Assicurato ed alle condizioni della presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA, l'onere delle spese per assistenza giudiziale e stragiudiziale conseguenti alle vertenze di cui al successivo art. 3.2 "Vertenze assicurate".

Tali spese sono:

- le spese per l'intervento di un legale;
- le spese peritali (intervento del perito di ufficio, intervento di un consulente tecnico di parte);
- le spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza;
- le spese legali, procedurali e peritali della controparte poste a carico dell'Assicurato a seguito di transazione autorizzata dalla Società;
- le spese investigative svolte da un incaricato dell'Assicurato riguardo ad accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri.

A parziale deroga dell'art. 5.2 la garanzia assicurativa comprende anche le spese per un secondo legale domiciliatario, unicamente in fase giudiziale, *fino ad un importo massimo di euro 2.500,00*. Tali spese vengono riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato. Nel caso invece il sinistro si sia verificato e, in caso di giudizio, sia processualmente trattato in uno degli Stati stranieri rientranti in garanzia l'Assicurato potrà avvalersi dell'ausilio di due legali, di cui uno patrocinante in Italia ed uno dinanzi all'Autorità giudiziaria estera competente.

Rimangono, in ogni caso, esclusi dalla garanzia gli oneri relativi ad ogni genere di sanzione nonché, a meno che non facciano parte delle spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza, gli oneri fiscali (quali, a titolo esemplificativo, bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e di atti in genere) nonché le spese sostenute senza la preventiva autorizzazione della Società.

Art. 3.2 – Vertenze assicurate

La garanzia vale per le seguenti vertenze relative ai casi in cui l'Assicurato sia rimasto vittima:

- di infortunio indennizzabile a termini della SEZIONE INFORTUNI se assicurato solo nell'ambito di tale Sezione;
- di infortunio o malattia indennizzabili a termini della SEZIONE INFORTUNI e della SEZIONE MALATTIE se assicurato nell'ambito di entrambe tali Sezioni.

Le vertenze assicurate sono quelle per controversie relative alla tutela dei diritti dell'Assicurato, nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio o malattia in base a quanto sopra stabilito, per il risarcimento dei danni che l'Assicurato stesso sostenga aver subito in conseguenza di fatti illeciti extracontrattuali.

Art. 3.3 – Anticipi a Legali e Periti

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 5.3 "Liquidazione del danno" della SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA, relativamente ai soli procedimenti penali e nei soli casi in cui sia definitivamente accertata l'operatività della garanzia, la Società si impegna a corrispondere anticipi a legali e periti incaricati a norma del presente contratto fino ad un importo massimo di euro 1.500,00 per ciascun sinistro.

Art. 3.4 – Somma assicurata

La Società assume a proprio carico l'onere delle spese di cui al precedente art. 3.1 "Spese legali e peritali" fino a concorrenza della somma di euro 10.000,00 che deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e persona assicurata.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1 – Assicurazione presso diversi assicuratori

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 2.3 "Assicurazione presso diversi assicuratori" della PARTE COMUNE, il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi a quelli prestati con la presente SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA, presso altri assicuratori o la Società stessa.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve tuttavia darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 – Denuncia del sinistro e scelta del legale

Per denunciare un sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS mediante una delle seguenti modalità:

1. **DENUNCIA TELEFONICA** al nr. verde 800475633: DAS raccoglierà la denuncia, indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del sinistro e rilascerà un numero identificativo della pratica.

2. **DENUNCIA SCRITTA**: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata a DAS:

- per posta elettronica a: sinistri@das.it, oppure
- per posta ordinaria a: DAS S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B - 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- generalità e recapiti della controparte;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- copia dell'Avviso di Garanzia o ogni altro atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, DAS non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del sinistro.

L'Assicurato dovrà far pervenire a DAS la notizia di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa. In caso di inadempimento si applica l'art. 1915 Codice Civile.

Contemporaneamente alla denuncia del sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a DAS un legale che esercita in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia, ovvero che esercita nel Circondario del Tribunale ove ha la sede legale o la residenza l'Assicurato, al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo.

La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con DAS.

Art. 5.2 – Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro di cui all'art. 5.1 "Denuncia del sinistro e scelta del legale", DAS (ai sensi dell'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private - D.Lgs. 209/05) si adopera per gestire la fase stragiudiziale, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, e di svolgere ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia. A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare a DAS, ove da questa richiesto, apposita procura per la gestione della controversia. In tale fase stragiudiziale, DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire ad un procedimento di mediazione, riservandosi nel primo caso la scelta dell'Organismo di mediazione.

Ove la composizione bonaria non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, DAS trasmette la pratica al legale designato ai sensi dell'Art. 5.1 "Denuncia del sinistro e scelta del legale".

Si conviene inoltre che per ogni stato della vertenza e grado del giudizio:

- l'Assicurato deve tenere aggiornata DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste in polizza, pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- gli incarichi ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati devono essere preventivamente concordati con DAS, pena il mancato rimborso della relativa spesa;
- gli incarichi ai legali devono essere preventivamente concordati con DAS, sempre che le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo; agli stessi l'Assicurato rilascerà le necessarie procure; in caso contrario l'Assicurato decadrà dal diritto alle prestazioni previste in polizza;
- l'Assicurato, senza preventiva autorizzazione di DAS, non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, che comporti oneri a carico di DAS,

pena la decadenza dal diritto alle prestazioni previste in polizza. Fanno eccezione i casi di comprovata urgenza - con conseguente impossibilità per l'Assicurato di preventiva richiesta di benestare - i quali verranno ratificati da DAS, che sia stata posta in grado di verificare urgenza e congruità dell'operazione.

Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, l'Assicurato è tenuto indenne limitatamente ai primi due tentativi.

DAS non è responsabile dell'operato di legali e consulenti tecnici.

In caso di divergenza di opinione fra l'Assicurato e DAS sulla gestione del sinistro la questione, a richiesta di una delle parti da formularsi con lettera raccomandata, potrà essere demandata ad un arbitro sulla cui designazione le parti dovranno accordarsi.

Se un tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale del Foro competente, ai sensi di legge.

L'arbitro deciderà secondo equità e le spese di arbitrato saranno a carico della parte soccombente. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio con facoltà di ottenere da DAS la rifusione delle spese incontrate, e non liquidate dalla controparte, qualora il risultato in tal modo conseguito sia più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS stessa, in linea di fatto o di diritto. due tentativi.

Art. 5.3 – Liquidazione del danno

DAS provvederà - per conto della Società - a liquidare, nei limiti dell'operatività della garanzia assicurativa prestata e fino a concorrenza dei relativi massimali indicati nel contratto, tutte le somme a carico dell'Assicurato dovute ai legali ed ai consulenti tecnici ed agli eventuali investigatori privati per l'attività professionale svolta in favore dell'Assicurato, sia in fase stragiudiziale sia in fase giudiziale.

La liquidazione del sinistro avverrà esclusivamente a definizione della vertenza. La Società e/o DAS non sono tenute a corrispondere anticipi all'Assicurato o a pagare acconti ai legali ed ai periti incaricati.

In caso di condanna, soccombenza o di transazione che comporti oneri, tutte le spese legali e peritali, comprese quelle liquidate in favore dell'altra parte, saranno a carico della Società, dopo esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro assicuratore.

Tutte le somme liquidate o comunque recuperate per capitale ed interessi sono di esclusiva spettanza dell'Assicurato, mentre spetta a DAS quanto liquidato a favore dello stesso Assicurato giudizialmente o stragiudizialmente per spese, competenze ed onorari, fino a concorrenza dell'indennizzo assicurativo pagato.