

Mittente: Clelia Santoro <clesantoro94@gmail.com>
Destinatario: Ordine Avvocati Rimini <info@avvocati.rimini.it>
Data: 06/09/2017 03:23 PM
Oggetto: Fwd: Condizioni e tariffari polizze Generali professionali e infortuni in convenzione

----- Messaggio inoltrato -----

Da: "Luca Lomartire" <lucalomartire@yahoo.it>
Data: 06/Set/2017 14:58
Oggetto: Condizioni e tariffari polizze Generali professionali e infortuni in convenzione
A: <clesantoro94@gmail.com>
Cc:

Buongiorno avvocato

Come da accordi, Le invio le condizioni di polizza dell'RC professionale, sia le condizioni base sia le integrazioni, che Generali ha stipulato in convenzione con Cassa Forense. Per velocizzarLe il lavoro, Le sintetizzo di seguito i dati principali:

La nuova copertura professionale di Generali rispecchia totalmente le condizioni richieste in Gazzetta Ufficiale, e prevede la copertura per:

- Sanzioni amministrative
- Responsabilità dei dipendenti dello studio, dei collaboratori, dei domiciliatari e dei sostituti di udienza e praticanti
- Custodia documenti
- Custodia Valori
- Processo telematico (proprietà ed uso di elaboratori elettronici)
- Attività di arbitrato ex art. 1 DL 12/09/2014 n. 132.
- Tutela della Privacy (D.LGS n. 196/2003)
- Negoziazione assistita
- Attività di Mediatore (decreto n. 180 del 18/10/2010)
- Danno non patrimoniale
- Danni indiretti
- Omissioni e ritardi
- Pagamenti on line per titolari di partita iva (mod. F24)
- Funzioni di curatore fallimentare, liquidatore giudiziario e commissario giudiziario / Procedure esecutive immobiliari e/o custode giudiziario
- Retroattività illimitata
- Ultrattività decennale
- Rinuncia da parte della società al diritto di recesso in caso di sinistro e nessun aumento tariffario in caso di 1 sinistro denunciato per ogni anno assicurativo

Il nuovo obbligo prevede che il massimale della polizza vari in base al fatturato del professionista.

Per un fatturato compreso tra 0 e 30.000 €, la polizza dovrà avere un massimale di 350.000 €, se il fatturato è compreso tra 30.001 e 70.000 € il massimale dovrà essere di 500.000 € e, con un fatturato superiore a 70.001 €, il massimale dovrà essere di 1.000.000 €. Naturalmente è possibile estendere il massimale base, qualora il professionista voglia tutelarsi per una cifra superiore al minimo imposto dalla legge. I premi, per i relativi massimali, sono i seguenti:

Massimale	Premio fino a 35 anni	Premio over 35 anni
350.000 €	300 €	620 €
500.000 €	389 €	810 €
1.000.000 €	556 €	1.070 €

Per le integrazioni, i massimali e i premi relativi a chi esercita in forma collettiva, La rimando alle condizioni di polizza e alle tariffe che Le mando in allegato.

Per quanto riguarda la polizza infortuni, invece, (di cui Le allego le condizioni generali di contratto), sono state formulate due convenzioni che rispecchiano le richieste del decreto:

- 100.000 € di caso morte
- 100.000 € di invalidità
- 50 € giornalieri di inabilità temporanea

2.500 € di rimborso spese mediche

Il prezzo delle due polizze varia in base alle franchigie scelte: con una franchigia di 5 punti (con scomparsa al 15° punto) sull'invalidità, e 10 giorni sull'inabilità, il premio è di 245 €. Sono comprese le lesioni tendinee da sforzo e viene adottata la tabella INAIL per una determinazione più alta dei punti di invalidità.

Con una franchigia di 10 punti (scomparsa al 20° punto), 15 giorni sull'inabilità e le spese mediche rimborsate solo a seguito di ricovero, il premio è di 150 €.

Tutte le polizze sono annuali con tacito rinnovo, disdegnabili con una semplice raccomandata 60 gg prima della scadenza ogni anno. I premi sono comprensivi di imposte e si intendono "finiti" per ogni assicurato.

RingraziandoLa per la disponibilità dimostrata, porgo cordiali saluti, e resto a disposizione per qualunque domanda o necessità.

Luca Lomartire

Generali Italia S.p.A.
Agenzia di Santarcangelo di Romagna

Cellulare: 340 - 163 78 37
Mail: lucalomartire@yahoo.it
Mail aziendale: luca.lomartire@generali.com

Via Garibaldi 15
47822 Santarcangelo di Romagna (RN), Italia
Tel. [\(+39\) 0541 - 626 134](tel:+390541626134)

Allegati:

File: ATT00003.txt	Dimensione: 4k	Tipo contenuto: text/plain
File: ATT00004.html (Mostra nel testo)	Dimensione: 5k	Tipo contenuto: text/html
File: RC professionale base avvocati.pdf	Dimensione: 461k	Tipo contenuto: application/pdf
File: RC professionale estensioni avvocati.pdf	Dimensione: 476k	Tipo contenuto: application/pdf
File: Tariffa RC professionali avvocati.pdf	Dimensione: 66k	Tipo contenuto: application/pdf
File: Condizioni di polizza infortuni avvocati.pdf	Dimensione: 397k	Tipo contenuto: application/pdf

**Caratteristiche generali
di prodotto**

Il prodotto è composto da due modelli:

- garanzia base - R59A - Contratto di assicurazione per la copertura dei rischi di Responsabilità Civile Professionale - CASSA FORENSE;
- massimali superiori e garanzie integrative - R59B - Contratto di assicurazione per la copertura delle "Garanzie Integrative" (Massimali Superiori e Altre Garanzie).

Il **modello R59A**, garantisce la copertura minima richiesta dalla legge (DM del 22.09.2016) e tiene indenne l'Assicurato, di quanto sia tenuto a pagare:

- per perdite patrimoniali, colposamente cagionate a terzi, in conseguenza di errori personalmente commessi nell'esercizio della professione;
- per danni per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose verificatisi in relazione alla proprietà e conduzione dei locali adibiti a studio professionale.

Sono sempre comprese, fra l'altro, anche le seguenti garanzie:

- Retroattività illimitata della copertura assicurativa;
- Ultrattività decennale in caso di cessazione dell'attività anche in caso di radiazione dall'Albo professionale;
- Responsabilità solidale;
- Attività di Mediatore;
- Attività di negoziazione assistita;
- Pagamenti on line per titolari di Partiva Iva (mod. F24);
- Funzioni di Curatore fallimentare e/o Liquidatore e commissario giudiziario;
- Procedure esecutive immobiliari.

Il **modello R59B** completa la copertura RC della polizza base attraverso l'aumento dei massimali e l'acquisto delle altre garanzie accessorie di RC nonché di Tutela Legale e di Assistenza.

Estensioni alla copertura RC Professionale:

- Elevazione del massimale della *copertura base*;
- Funzione di Sindaco presso società di capitali;
- Funzione Amministratore di sostegno;
- Funzione di gestore della crisi di sovraindebitamento;
- Funzione di revisore dei conti;
- Funzione di componente di organismi di vigilanza;
- Funzione di commissario straordinario antimafia.

La garanzia *Tutela Legale* copre le spese sostenute dall'Assicurato in sede giudiziale e stragiudiziale conseguenti ad un sinistro rientrante in garanzia.

Infine è presente anche il pacchetto *Assistenza* dedicato al professionista e al suo studio professionale, fra i servizi prestati:

	consulenza medica, invio di un medico, infermiere, fisioterapista, autoambulanza, babysitter, fabbro, idraulico, elettricista, vetraio.
A chi si rivolge	Il prodotto è indirizzato alla figura professionale dell'AVVOCATO, che può svolgere l'attività: <ul style="list-style-type: none">• in forma individuale;• o in forma collettiva: studio associato o società fra professionisti.
Coassicurazione	Non è ammessa.
Durata	La polizza può avere durata massima 1 anno, con tacito rinnovo annuale. Non sono ammesse durate inferiori all'annualità. In caso di emissione, per lo stesso assicurato, di due polizze, una con il modello R59A e una con il modello R59B, è obbligatorio che le date di effetto e scadenza dei contratti, coincidano.
Stampati	Il prodotto CASSA FORENSE – RC PROFESSIONALE AVVOCATI, contraddistinto dal codice prodotto R59, è stampato interamente (Fascicolo Informativo comprensivo di Nota Informativa, mazzetta, questionario, allegati) su “carta bianca” dal terminale agenziale. Di seguito la lista dei documenti prodotti dal sistema. <i>Polizza base R59A - Contratto di assicurazione per la copertura dei rischi di Responsabilità Civile Professionale - CASSA FORENSE:</i> <ul style="list-style-type: none">• Condizioni di assicurazione R59A/01;• Questionario Garanzie Base QR59A. <i>Polizza integrativa R59B - Contratto di assicurazione per la copertura delle “Garanzie Integrative” (Massimali Superiori e Altre Garanzie):</i> <ul style="list-style-type: none">• Condizioni di assicurazione R59B/02;• Questionario Garanzie integrative QR59B. Le dichiarazioni dell'assicurato volte a circoscrivere il rischio sono contenute nel questionario dedicato, stampato direttamente da sistema.
Limiti assuntivi	Si riassumono di seguito i principali casi di Vaglio Direzionale: <ul style="list-style-type: none">• Presenza di sinistri;• Fatturato;• Massimale;• Numero dei professionisti presenti nello studio;• Numero degli incarichi di sindaco o di revisore;• Clausola “Commissario straordinario antimafia”.

Frazionamento	Oltre al pagamento annuale sono ammessi i seguenti tipi di frazionamento: <ul style="list-style-type: none"> • mensile: nessun aumento (pagamento tramite SDD); • semestrale: nessun aumento; • quadrimestrale: aumento 4%; • trimestrale: aumento 5%.
Premio minimo	Non è presente.

R59A - Contratto di assicurazione per la copertura dei rischi di Responsabilità Civile Professionale - CASSA FORENSE

Tariffa Responsabilità Civile	<p>Il premio è individuato:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dall'ammontare del fatturato relativo all'ultimo esercizio chiuso del professionista; • dalla forma in cui è svolta l'attività: individuale o collettiva; • dall'età dell'assicurato, se l'attività è svolta in forma individuale; • dal numero dei professionisti presenti nello studio, se l'attività è svolta in forma collettiva. <p><i>Il massimale è stabilito dalla legge, che ha definito l'importo di massimale minimo in funzione dell'ammontare del fatturato dichiarato e della forma di esercizio dell'attività.</i></p> <p>Nella tariffa i premi sono esposti sono comprensivi dell'imposta del 22,25% .</p>
--------------------------------------	---

R59A - Tariffa Forma Individuale

Fatturato in Euro	Massimale in Euro sinistro/anno	Premio finito in Euro	
		Fino a 35 anni	Oltre 35 anni
Non superiore a 30.000,00	350.000/350.000	300,00	620,00
Superiore a 30.000,00 e non superiore a 70.000,00	500.000/500.000	389,00	810,00
Superiore a 70.000,00 e non superiore a 150.000,00	1.000.000/1.000.000	556,00	1.070,00

Per fatturati superiori a euro 150.000,00 sono previsti i seguenti aumenti di premio

Fatturato	Massimale	Aumento in percentuale
Fino a 200.000,00	1.000.000/1.000.000	20%
Superiore a 200.000,00 e non superiore a 250.000,00	1.000.000/1.000.000	53%
Superiore a 250.000,00 e non superiore a 350.000,00	1.000.000/1.000.000	76%

Fatturato	Massimale	Aumento in percentuale
Superiore a 350.000,00 e non superiore a 500.000,00	1.000.000/1.000.000	94%

R59A - Tariffa Forma Collettiva

Fatturato in Euro	Massimale in Euro sinistro/anno	N. Professionisti	Premio Finito in euro
Non superiore a 150.000,00	1.000.000/2.000.000	Non superiore a 10	1.940
Superiore a 150.000,00 e non superiore a 200.000,00	1.000.000/2.000.000	Non superiore a 10	2.328
Superiore a 200.000,00 e non superiore a 250.000,00	1.000.000/2.000.000	Non superiore a 10	2.959
Superiore a 250.000,00 e non superiore a 350.000,00	1.000.000/2.000.000	Non superiore a 10	3.407
Superiore a 350.000,00 e non superiore a 500.000,00	1.000.000/2.000.000	Non superiore a 10	3.755
Superiore a 500.000,00	2.000.000/4.000.000	Non superiore a 10	R.D.
Superiore a 150.000,00	5.000.000/10.000.000	Superiore a 10	R.D.

R59B - Tariffa Forma Individuale

Le combinazioni di massimali attivabili sul modello integrativo, validi solo per la "Forma individuale", sono collegate alla combinazione del massimale base scelto

Massimale base	Massimale integrativo (valori selezionabili)						
	150.000	400.000	650.000	1.150.000	1.650.000	2.150.000	2.650.000
350.000	150.000	400.000	650.000	1.150.000	1.650.000	2.150.000	2.650.000
500.000	250.000	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	2.500.000	-
1.000.000	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	-	-	-

- Fatturato non superiore a euro 30.000,00

Massimale	150.000	400.000	650.000	1.150.000	1.650.000	2.150.000	2.650.000	
ETÀ	≤ 35 anni	66	124	164	196	222	243	262
	> 35 anni	141	263	350	417	472	519	559

- *Fatturato compreso tra euro 30.000,00 e euro 70.000,00*

Massimale	250.000	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	2.500.000	-	
ETÀ	≤ 35 anni	62	106	140	168	191	211	-
	> 35 anni	132	225	298	357	407	451	-

- *Fatturato compreso tra euro 70.000,00 e euro 150.000,00*

Massimale	500.000	1.000.000	1.500.000	2.000.000	-	-	-	
ETÀ	≤ 35 anni	39	71	97	121	-	-	-
	> 35 anni	83	150	207	257	-	-	-

- *Per fatturati superiori a euro 150.000,00 sono previsti i seguenti aumenti di premio in funzione del massimale aggiuntivo prescelto*

Fatturati	Aumento in percentuale
Fino a 200.000,00	20%
Superiore a 200.000,00 e non superiore a 250.000,00	53%
Superiore a 250.000,00 e non superiore a 350.000,00	76%
Superiore a 350.000,00 e non superiore a 500.000,00	94%

- *Clausole per l'estensione della copertura RC Professionale*

Codice clausola	Titolo clausola speciale	Tariffa
SIND	Funzione di Sindaco presso società di capitali	+50% rispetto al premio della garanzia RC (sia della forma R59A che della R59B se presente)
AMS	Amministratore di sostegno	+10% rispetto al premio della garanzia RC (sia della forma R59A che della R59B se presente)
CRI	Funzione di gestore della crisi di sovraindebitamento	+20% rispetto al premio della garanzia RC (sia della forma R59A che della R59B se presente)
REV	Funzione di revisore dei conti	+50% rispetto al premio della garanzia RC (sia della forma R59A che della R59B se presente)
ORVI	Componente di organismi di vigilanza	+25% rispetto al premio della garanzia RC (sia della forma R59A che della R59B se presente)
STAN	Commissario straordinario antimafia	Quotazione riservata alla Direzione

Tariffa Tutela Legale I premi indicati in tabella sono annuali e comprensivi di imposte pari a 21,25%.

Massimale in Euro per sinistro/anno	8.000,00/8.000,00	15.000,00/15.000,00
Premio finito in Euro	130,00	190,00

Tariffa Assistenza Il premio della garanzia Assistenza, comprensivo di imposta del 10% , è pari a Euro 61,50.

Generali Italia S.p.A.

Cassa Forense - RC Professionale Avvocati

Contratto di assicurazione Responsabilità Civile Professionale
Mod. R59A/01

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE (Cassa Nazionale di previdenza e assistenza forense)

CONTENUTI

La Convenzione

La Convenzione contiene la previsione degli obblighi delle parti (rispettivamente la Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense, in seguito per brevità Cassa, e Generali Italia S.p.A., in seguito per brevità Società) in relazione alla gestione del rapporto assicurativo tra gli Avvocati e l'Assicuratore in particolare disciplinando la facoltà di recesso e istituendo una commissione paritetica per la valutazione dei sinistri e dei comportamenti delle parti.

Le definizioni

Significato attribuito convenzionalmente dalle parti alle denominazioni riportate.

Le condizioni di assicurazione della Responsabilità Civile professionale – Allegato A

Disciplinano la garanzia assicurativa per danni patrimoniali e non a terzi nell'esercizio dell'attività giudiziale e stragiudiziale di Avvocato.

Le condizioni di assicurazione della proprietà e conduzione dello studio e verso i prestatori di lavoro - Allegato B

Disciplinano la garanzia assicurativa per danni materiali e lesioni personali a terzi, ivi compresi gli infortuni subiti dai prestatori di lavoro di cui l'Assicurato sia responsabile.

Il modulo di adesione

Lo strumento con il quale aderire alla Convenzione ed attivare la garanzia assicurativa prescelta dall'Assicurato.

CONVENZIONE

Art. 1 - Contraente e Assicurati

La Cassa stipula la presente Convenzione per conto di tutti gli iscritti agli Albi degli Avvocati e ai Registri dei Praticanti Avvocati abilitati, cui compete la qualifica di assicurati alle condizioni che seguono.

La Convenzione non comporta alcun onere o responsabilità per la Cassa.

Art. 2 - Decorrenza e durata della Convenzione

La presente Convenzione avrà la durata di anni due a decorrere dal 1° gennaio 2002 e scadrà il 31.12.2003, salva la rinnovazione di cui al successivo art.14.

Tuttavia, se entro la scadenza non fossero raggiunte almeno 20.000 (ventimila) adesioni, la presente convenzione si intenderà automaticamente risolta di diritto a partire dalle ore 24 del 31.12.2003.

In tale ipotesi le garanzie in corso a favore di coloro che avessero aderito alla Convenzione resteranno in vigore fino alla scadenza dell'annualità in corso ovvero fino alla prima scadenza annuale successiva, fermo l'obbligo di pagamento del relativo premio.

Resta inteso che concorreranno al raggiungimento del numero minimo di adesioni le polizze in corso con la Società che alla loro naturale scadenza fossero convertite in adesioni alla presente Convenzione.

Art. 3 - Adesioni

Gli iscritti alla Cassa potranno aderire alla Convenzione stipulando apposita polizza presso qualsiasi Agenzia della Società ubicata sul territorio della Repubblica Italiana.

Art. 4 - Decorrenza e durata della garanzia

La garanzia avrà effetto dal giorno immediatamente successivo a quello dell'adesione, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione.

La garanzia assicurativa ha durata di anni uno a decorrere dalla data di adesione, anche nel caso in cui per qualsiasi ragione la presente Convenzione dovesse cessare.

Qualora il premio non venisse pagato entro il termine stabilito dall'art.1901, Il comma codice civile, la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno dell'effettivo pagamento.

La garanzia assicurativa si rinnoverà automaticamente e in modo tacito di anno in anno salvo disdetta da parte dell'Assicurato così come regolata dal successivo art. 12.

Art. 5 - Condizioni di assicurazione

Le condizioni di assicurazione risultano esposte negli allegati

- A - Assicurazione della Responsabilità Civile Professionale;
- B - Assicurazione della Responsabilità Civile della proprietà e della conduzione dello studio e verso prestatori di lavoro,

che formano parte integrante della presente Convenzione.

Art. 6 - Massimali di garanzia

La garanzia è prestata nei limiti riportati nel frontespizio di polizza.

I massimali minimi di garanzia sono fissati secondo le modalità di esercizio dell'attività professionale.

In caso di attività svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso:

- A) non superiore a Euro 30.000,00 il massimale deve intendersi pari ad Euro 350.000,00 per sinistro e per anno assicurativo;
- B) superiore a Euro 30.000,00 e non superiore a Euro 70.000,00 il massimale deve intendersi pari ad Euro 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo;
- C) superiore a Euro 70.000,00 il massimale deve intendersi pari ad Euro 1.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

In caso di attività svolta in forma collettiva (studio associato o società tra professionisti) con un massimo di 10 professionisti e con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso:

- D) non superiore a Euro 500.000,00 il massimale deve intendersi pari ad Euro 1.000.000,00 per sinistro con un limite di Euro 2.000.000,00 per anno assicurativo;
- E) superiore a Euro 500.000,00 il massimale deve intendersi pari ad Euro 2.000.000,00 per sinistro con un limite di Euro 4.000.000,00 per anno assicurativo.

In caso di attività svolta in forma collettiva (studio associato o società tra professionisti) composto da oltre 10 professionisti:

- F) il massimale deve intendersi pari ad Euro 5.000.000,00 per sinistro con un limite di Euro 10.000.000,00 per anno assicurativo.

Art. 7 - Altre assicurazioni

In caso di precedente esistenza di altre polizze stipulate dagli assicurati con la Società o con altri assicuratori, la presente garanzia opererà a secondo rischio rispetto alle medesime per l'importo di danno eccedente il massimale dalle stesse previsto, che sarà considerato come franchigia fissa in ogni caso di inoperatività della polizza di primo rischio anche a causa del mancato pagamento del premio.

In tal caso il premio dovuto sarà soggetto allo sconto (non cumulabile con quello previsto all'art.9 dell'Allegato A) del 40% fino a quando la garanzia opererà a secondo rischio.

Le polizze in corso con la Società resteranno in vigore fino alla loro naturale scadenza contrattualmente prevista.

In caso di successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Società e in tal caso si applica quanto disposto dall'art. 1910 del c.c.. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno la ragione sociale degli altri.

Art. 8 - Denuncia dei sinistri - Obblighi dell'Assicurato

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Società entro quaranta giorni da quando ne ha avuto conoscenza, presentando apposita denuncia di sinistro presso l'Agenzia ove è stata stipulata la polizza con cui si è aderito alla Convenzione, comunicando altresì l'eventuale esistenza di altre assicurazioni e trasmettendo l'eventuale relativa documentazione.

Art. 9 - Gestione delle vertenze di danno - Spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale ed amministrativa designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda; qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale le spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse, ai sensi dell'art. 1917 comma 3, secondo periodo, del codice civile. La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 10 - Recesso della Società per sinistro

La Società rinuncia ad avvalersi nei confronti dei singoli Assicurati della facoltà di recesso per sinistro.

Art. 11 - Validità della garanzia

L'assicurazione è operante per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione indipendentemente dalla data di accadimento della circostanza che provoca la richiesta di risarcimento e denunciate nei termini previsti dalla Convenzione.

Qualora il sinistro si realizzi attraverso più atti successivi, esso si considererà avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.

In caso di più richieste di risarcimento originate da un medesimo fatto la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste fermo quanto previsto dal presente contratto circa la denuncia dei sinistri. A tal fine, più richieste di risarcimento originate da uno stesso fatto sono considerate unico sinistro.

Art. 12 - Recesso dell'assicurato

L'Assicurato, potrà recedere dal contratto di assicurazione a ogni scadenza annuale con preavviso di almeno 30 giorni, inviando comunicazione alla Società all'indirizzo Generali Italia S.p.A. – Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto (TV) - o all'Agenzia detentrica del contratto a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento o PEC.

Art. 13 – Ultrattività per risoluzione della presente Convenzione per recesso dell'Assicurato ai sensi dell'art. 12

In qualsiasi caso di risoluzione della presente Convenzione o di recesso dell'Assicurato ai sensi dell'art. 12, l'Assicurato, a fronte del versamento di un premio pari all'importo dell'ultima annualità di copertura, potrà richiedere alla Compagnia che la garanzia sia valida anche per le richieste di risarcimento originate da fatti posti in essere durante il periodo dell'assicurazione che gli dovessero pervenire nei cinque anni successivi alla cessazione dell'assicurazione medesima.

In tal caso il massimale sarà unico per l'intero quinquennio e corrisponderà al massimale in corso alla cessazione dell'assicurazione.

La Società si riserva la facoltà di accettare la richiesta previa compilazione di apposito questionario dal quale in ogni caso dovrà risultare l'assenza di sinistri denunciati o la mancata conoscenza di fatti che possano dare luogo a richieste di risarcimento.

Art. 14 - Rinnovazione della Convenzione

La Convenzione, a decorrere da maggio 2017, avrà durata biennale e si rinnoverà automaticamente e in modo tacito di biennio in biennio, salvo disdetta da parte della Cassa da comunicarsi a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento con preavviso di almeno sei mesi o, salvo disdetta da parte della Società da comunicarsi sempre a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento con preavviso di almeno mesi 12. La comunicazione di disdetta da parte della Cassa alla Società dovrà essere inviata all'indirizzo Generali Italia S.p.A. – Via Marocchese 14 – 31021 Mogliano Veneto TV; mentre la comunicazione di disdetta da parte della Società alla Cassa dovrà essere inviata all'indirizzo Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense Via Ennio Quirino Visconti 8, 00193 Roma.

Art. 15 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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 contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS, per i pagamenti che avvengono in Agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente postale dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente assicurativo dedicato, con clausola di intrasferibilità;

- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario 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.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS, assegno, bonifico bancario o per pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente bancario dedicato.

Art. 16 - Commissione paritetica – Arbitrato

È istituita una Commissione paritetica permanente composta da sei membri, tre nominati dalla Cassa e tre dalla Società, con funzioni consultive e di verifica dei comportamenti delle parti nell'esecuzione della convenzione.

La Commissione darà il proprio contributo per il superamento di eventuali contrasti interpretativi con riguardo a fattispecie concrete e proporrà quelle modifiche normative che, fermo restando il presupposto di correttezza delle prestazioni in un quadro di sostanziale equilibrio, riterrà più rispondenti alle esigenze fondamentali degli Assicurati.

La Commissione avrà anche il compito di verificare i comportamenti degli Assicurati e della Società nell'esecuzione della convenzione, formulando a maggioranza pareri in merito al diritto all'indennizzo e se del caso individuando le possibilità di definizione bonaria o arbitrale della lite.

La Commissione avrà altresì il compito di rivedere annualmente l'ammontare del premio dovuto, adeguandolo in relazione all'andamento dell'annualità precedente.

Ciascun Assicurato per le sole controversie riguardanti il diritto all'indennizzo conferirà alla Cassa apposito mandato demandando la decisione alla Commissione che si costituirà a tal fine, con la nomina di un Presidente, in Collegio arbitrale; il Presidente verrà nominato alternativamente una volta dagli arbitri nominati dalla Società, una volta dagli arbitri nominati dalla Cassa.

Il Collegio deciderà secondo diritto, con lodo impugnabile a norma degli artt. 827 e seguenti del c.p.c.

Le spese del Presidente del Collegio arbitrale sono a carico delle parti in egual misura; le spese degli arbitri sono a carico delle parti che li hanno nominati.

Art. 17 - Modifiche dell'assicurazione

Le variazioni o modificazioni della Convenzione devono risultare da atto sottoscritto dalla Cassa e dalla Società.

Art. 18 - Oneri fiscali e rinvio alle norme di legge

Gli oneri fiscali sono a carico dell'Assicurato e sono compresi nel premio.

Per quanto non diversamente regolato valgono le disposizioni di legge.

NORMA TRANSITORIA

Agli Assicurati che, alla data di entrata in vigore della presente Rinnovazione di Convenzione ai sensi dell'Art. 14 - Rinnovazione della Convenzione, siano già assicurati con la Società e non intendano aderire alle nuove condizioni previste dalla presente Convenzione, è riconosciuta la facoltà di risolvere anticipatamente il proprio contratto, sempreché l'Assicurato stesso abbia provveduto a comunicare formalmente la sua volontà alla Società (anche per il tramite dell'Agenzia detentrica del contratto), ancorché non vengano rispettati i termini di preavviso di cui all'art. 12 della Convenzione – Recesso dell'Assicurato.

Tale facoltà verrà riconosciuta all'Assicurato esclusivamente in occasione dell'entrata in vigore della presente Convenzione.

Per le successive annualità, restano ferme le condizioni previste dall'art. 12 sopra richiamato.

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Attività professionale	<ul style="list-style-type: none">a) l'attività di rappresentanza e difesa dinanzi all'Autorità Giudiziaria o ad Arbitri, tanto rituali quanto irrivali;b) gli atti ad essa preordinati, connessi o consequenziali, come ad esempio l'iscrizione al ruolo della causa o l'esecuzione di notificazioni;c) la consulenza o assistenza stragiudiziali;d) la redazione di pareri o contratti;e) l'assistenza del cliente nello svolgimento delle attività di mediazioni, di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n. 28, ovvero di negoziazione assistita di cui al D.L. 12 settembre 2014, n. 132.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Danni corporali	Morte o lesioni personali.
Danni diretti	Danni consequenziali all'evento dannoso.
Danni indiretti	Interruzione o sospensione totale o parziale di attività, mancato o ritardato avvio di attività di qualsiasi genere e di servizi, sempreché conseguente ad un sinistro risarcibile a termini di polizza.
Danni materiali	Distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati.
Fatturato	Somma degli importi delle fatture emesse riferito all'ultimo esercizio chiuso.
Franchigia	La parte del danno non espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Perdite patrimoniali	I pregiudizi economici che non siano la conseguenza diretta od indiretta di danni materiali o di danni corporali.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Scoperto	La parte del danno espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	<ul style="list-style-type: none">- per la responsabilità civile professionale la richiesta di risarcimento relativa a danni per i quali è prestata l'assicurazione;- per la responsabilità civile per la proprietà e conduzione dello studio e verso i prestatori di lavoro il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione
Società	Generali Italia S.p.A.

ALLEGATO A - ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Art. 1 - Descrizione dell'attività ed oggetto della garanzia

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento di perdite patrimoniali, non patrimoniali, indirette, permanenti, temporanee e future, come meglio di seguito disciplinate, colposamente cagionate a terzi compresi i clienti, derivanti da colpa anche grave, per negligenza, imprudenza o imperizia, nello svolgimento dell'attività professionale giudiziale e stragiudiziale, di **AVVOCATO** nei modi e nei limiti previsti dalla Legge Professionale Forense nel testo in vigore alla data di effetto del presente contratto e dal D.M. 22 settembre 2016 emanata dal Ministero della Giustizia.

Sono comprese nella copertura assicurativa anche le seguenti garanzie:

a) Sanzioni amministrative

L'assicurazione comprende il rimborso delle sanzioni amministrative poste ad esclusivo carico di terzi compresi i clienti, per errori od omissioni imputabili all'assicurato.

b) Responsabilità dei dipendenti dello studio, dei collaboratori, dei domiciliatari e dei sostituti di udienza e praticanti

L'assicurazione comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato dall'attività del personale dello studio, dei collaboratori, dei domiciliatari e dei sostituti di udienza e praticanti per l'attività svolta in nome e per conto dell'Assicurato, anche se legati all'Assicurato da vincoli di parentela, affinità o coniugio.

c) Custodia documenti

L'assicurazione comprende i danni materiali cagionati a terzi compresi i clienti dalla perdita, distruzione o deterioramento di atti e documenti, titoli non al portatore, anche se derivanti da furto, rapina o incendio, limitatamente al costo di rifacimento dei documenti.

d) Custodia Valori

L'assicurazione comprende le perdite patrimoniali colposamente cagionate ai terzi compresi i clienti in conseguenza della sottrazione, perdita, distruzione o deterioramento di denaro, preziosi o titoli al portatore comprese quelle derivanti da furto, rapina o incendio che l'Assicurato custodisca o che abbia avuto in consegna dai clienti o dalle controparti processuali di questi ultimi, nell'ambito dello svolgimento dell'attività professionale assicurata e sempreché la consegna di tali beni risulti documentata da un verbale di consegna tra le parti sottoscritto.

La garanzia opererà con il limite di Euro 5.000,00 per sinistro ed anno assicurativo e con l'applicazione di uno scoperto del 10% su ogni sinistro.

e) Processo telematico (proprietà ed uso di elaboratori elettronici)

L'assicurazione comprende la proprietà ed uso di elaboratori elettronici utilizzati esclusivamente per lo svolgimento delle attività professionali per le quali è prestata l'assicurazione.

La presente estensione di garanzia opera anche per l'attività di notifica di atti giudiziari a mezzo PEC ai sensi del DM N. 48/2013 e dell'art. 44 DL 24/6/2014 n. 90, convertito in L. 11/8/2014 n. 114, sempreché l'Assicurato sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

La presente estensione di garanzia, *fermo quanto indicato nell'art. 4 "Esclusioni", lettera "b", non opera comunque per le perdite patrimoniali derivanti da difetti e/o errori del software realizzato ed adattato dall'Assicurato o da società di cui sia titolare, amministratore o socio.*

f) Attività di arbitrato ex art. 1 DL 12/09/2014 n. 132.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato dallo svolgimento delle funzioni di arbitro, ai sensi dell'art. 1 del D.L. 12/09/2014 n. 132, convertito in L. 10/11/2014 n. 162. Per i danni di tale natura, la garanzia è prestata nell'ambito del massimale riportato sul frontespizio di polizza.

Per ciascun sinistro verrà applicato uno scoperto del 10% con il minimo assoluto di Euro 1.500,00.

g) Tutela della Privacy (D.LGS n. 196/2003)

L'assicurazione comprende le perdite patrimoniali derivanti dalla violazione involontaria delle norme sulla tutela delle persone in materia di trattamento di dati personali sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi ed alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa e sempreché non si tratti di comportamenti illeciti continuativi.

La presente garanzia è prestata nell'ambito del massimale di polizza riportato sul frontespizio di polizza e comunque *fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo di Euro 350.000,00.*

h) Negoziazione assistita

L'assicurazione comprende l'attività di negoziazione assistita, di cui agli artt. 2 e seguenti del D.L. 12/9/2014 n. 132, convertito in L. 10/11/2014 n. 162.

i) Attività di Mediatore (decreto n. 180 del 18/10/2010)

L'assicurazione comprende l'attività di MEDIATORE svolta ai sensi del Decreto n. 180 del 18.10.2010, in esito all'azione di rivalsa azionata dall'Organismo di Conciliazione a seguito del risarcimento al terzo danneggiato, per perdite patrimoniali da questi subite a causa della condotta colposa dell'Assicurato.

La garanzia è prestata fino a concorrenza di un massimo risarcimento, per sinistro ed anno assicurativo pari a Euro 500.000,00.

j) Danno non patrimoniale

L'assicurazione comprende le perdite, non patrimoniali, intendendosi per tali i danni di natura biologica, morale ed esistenziale, colposamente cagionate a terzi.

k) Danni indiretti

L'assicurazione comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da interruzione o sospensione totale o parziale di attività, mancato o ritardato avvio di attività di qualsiasi genere e di servizi, sempreché conseguente ad un sinistro risarcibile a termini di polizza.

l) Omissioni e ritardi

L'assicurazione comprende la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da omissioni o ritardi.

m) Pagamenti on line per titolari di partita iva (mod. F24)

L'assicurazione vale anche per le perdite patrimoniali causate a terzi, compresi i clienti, da errori di digitazione commessi nell'attività di pagamento di tributi e contributi tramite modello telematico F24, così come previsto dall'art. 37, comma 49 della legge 4 agosto 2006 n. 248. La presente garanzia è operante subordinatamente al possesso, da parte dell'Assicurato e/o delle persone da esso designate, dei requisiti previsti dalle norme vigenti per lo svolgimento dell'attività per la quale è prestata la presente assicurazione.

Dalla presente estensione di garanzia sono esclusi i danni derivanti da:

- *accordi stipulati tra l'Assicurato e il cliente che esulino dalle prescrizioni imposte dalla presente legge,*
- *mancata o inadeguata sussistenza di fondi nel conto corrente del cliente.*

n) Funzioni di curatore fallimentare, liquidatore giudiziario e commissario giudiziario / Procedure esecutive immobiliari e/o custode giudiziario.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile ascrivibile all'Assicurato in qualità di:

- *curatore fallimentare, liquidatore giudiziario e commissario giudiziario,*
- *delegato alle vendite e/o dagli incarichi di custode giudiziario ricoperti a termine della Legge 80/2005, procedure esecutive immobiliari*

sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento di perdite patrimoniali colposamente cagionate a terzi in conseguenza di errori commessi nell'adempimento dei propri doveri.

Dalla presente estensione di garanzia sono comunque escluse le perdite patrimoniali derivanti da fatti o da atti di natura meramente discrezionale.

La presente estensione di garanzia è altresì operante per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per perdite patrimoniali colposamente cagionate a terzi in conseguenza di un fatto dei delegati e/o coadiutori, escluso il fallito, nominati in ottemperanza alle disposizioni normative in vigore.

La presente garanzia è prestata nell'ambito del massimale riportato sul frontespizio di polizza, fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo pari ad 1/3 del massimale e, comunque, con il limite massimo di Euro 350.000,00 in caso di polizze con massimale per sinistro superiore a Euro 1.000.000,00.

Per quanto non espressamente derogato, resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

La garanzia, limitatamente alle funzioni di curatore fallimentare, liquidatore giudiziario e commissario giudiziario, vale per l'espletamento di un numero massimo di 10 incarichi.

Art. 2 - Validità dell'assicurazione

L'assicurazione è valida subordinatamente all'iscrizione dell'Assicurato nell'Albo degli Avvocati o del Registro dei praticanti ed al possesso da parte dello stesso e delle persone della cui opera questi si avvale, dei requisiti previsti dalle norme vigenti per lo svolgimento dell'attività per le quali è prestata l'assicurazione.

Salvo quanto diversamente previsto dalle condizioni di assicurazione, il verificarsi di una condizione che determini in capo all'Assicurato la sospensione, la cancellazione o la radiazione dall'Albo degli Avvocati o dal Registro dei praticanti, determina, nei suoi confronti, rispettivamente la sospensione o la risoluzione dell'assicurazione.

Art. 3 - Soggetti non considerati terzi

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente;*
- b) i collaboratori, gli ausiliari, i dipendenti ed i praticanti e chi si trovi con loro nei rapporti di cui alla lettera a);*
- c) le società e, in genere, le persone giuridiche nelle quali l'Assicurato o le persone di cui alla lettera a) rivestano la qualifica di socio illimitatamente responsabile, di amministratore od esercitino il controllo sociale;*
- d) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio, l'amministratore e chi si trovi con loro nei rapporti di cui alla lett. a).*
- e) limitatamente alle attività di Mediatore di cui alla lettera i) Attività di Mediatore (decreto n. 180 del 18/10/2010), lo Stato, la Pubblica Amministrazione in genere e l'Organismo di appartenenza, ad eccezione di quanto sopra previsto relativamente all'azione di rivalsa dell'Organismo di Conciliazione stesso.*

La presente disposizione si applica anche all'assicurazione della responsabilità civile per la proprietà e conduzione dello studio e verso i prestatori di lavoro.

Art. 4 – Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione i sinistri derivanti:

- a) *dall'espletamento di incarichi di amministratore, componente organismo di vigilanza di cui al D. Lgs. 231/01, componente dell'organo di composizione della crisi di sovraindebitamento, amministratore di sostegno e curatore dell'eredità giacente, tutore, liquidatore nominato nell'ambito di liquidazioni ordinarie ad eccezione di quanto previsto dall'art. 1 lettera n), commissario liquidatore, commissario straordinario, sindaco, revisore contabile e revisore di enti locali, arbitro - ad eccezione di quanto previsto dall'art.1 lettera f) - componente di commissioni tributarie, magistrato, docente;*
- b) *da mancato, errato, inadeguato funzionamento del sistema informativo e/o di qualsiasi impianto, apparecchiatura, componente elettronica, firmware, software, hardware in ordine alla gestione delle date;*
- c) *dal mancato raggiungimento di risultati/obiettivi nonché per pareri eccedenti i poteri conferitigli in virtù della carica;*
- d) *dal dolo dell'Assicurato;*
- e) *limitatamente alle attività di Mediatore di cui alla lettera i) Attività di Mediatore (decreto n. 180 del 18/10/2010), da omissioni e ritardi.*

Art. 5 - Ultrattività per cessazione dell'attività

In caso di documentata cessazione dell'attività professionale da parte dell'Assicurato (intervenuta durante il periodo di efficacia della garanzia), ivi compresa l'ipotesi di radiazione dall'Albo degli Avvocati o dal Registro dei praticanti, l'assicurazione si intende risolta e la garanzia vale per le richieste di risarcimento occasionate da fatti posti in essere durante il periodo di efficacia della assicurazione e pervenute per la prima volta all'Assicurato, od ai suoi aventi diritto, nei dieci anni successivi alla cessazione dell'attività sempreché denunciate alla Società nei termini previsti dalla Convenzione.

Per la presente estensione di garanzia il massimale annuo di polizza rappresenta il limite di esposizione della Società per l'intero periodo di copertura successivo alla cessazione dell'attività e non opererà comunque per le richieste di risarcimento connesse all'attività che ha comportato il provvedimento di radiazione.

Art. 6 - Pluralità di assicurati - Responsabilità solidale

Il massimale stabilito in polizza per ogni richiesta di risarcimento rappresenta il limite di esposizione della Società anche in caso di responsabilità concorrente o solidale.

Nel caso di responsabilità concorrente o solidale con altri soggetti assicurati e non, l'assicurazione opera per la responsabilità dell'Assicurato per l'intero, salvo il diritto di regresso della Società nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 7 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i fatti commessi nei territori degli Stati membri dell'Unione europea, Svizzera, della Città del Vaticano e della Repubblica di S.Marino nell'adempimento di obbligazioni regolate dalla legge di tali Paesi e sempre che sia competente a decidere l'Autorità Giudiziaria di uno di tali Stati sulla base del proprio diritto sostanziale e processuale.

Art. 8 - Massimali di garanzia e relativo Scoperto

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del massimale indicato nel frontespizio di polizza. Tale massimale rappresenta il limite di risarcimento a carico della Società per ogni sinistro e per ogni annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato nello stesso periodo.

In caso di più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come la data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente alla cessazione dell'assicurazione. A tal fine, più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo sono considerate unico sinistro.

Per quanto non diversamente disciplinato, l'assicurazione è prestata previa applicazione di uno scoperto del 5% per ogni sinistro con il minimo assoluto per ogni terzo danneggiato non inferiore a euro 500,00.

Resta tra le parti convenuto che il risarcimento del danno se spettante a termini di polizza, verrà corrisposto al terzo danneggiato per intero e la Società recupererà la franchigia e/o lo scoperto previsti in polizza direttamente dall'Assicurato.

Art. 9 - Studio associato o società professionali

Qualora l'attività per la quale è prestata l'assicurazione sia esercitata in forma associata o societaria, agli effetti della presente assicurazione assumono la qualifica di "Assicurati" tutti i professionisti che esercitano la professione di cui al precedente art. 1 - Descrizione dell'attività ed oggetto della garanzia; il limite di risarcimento indicato in polizza in tal caso è unico e riferito alla globalità dei professionisti operanti in forma associata o societaria. Peraltro resta salva la possibilità per i professionisti di stipulare separata polizza individuale aderendo anche singolarmente alla convenzione; in tale caso il premio previsto dalla presente convenzione per singolo professionista sarà ridotto nella misura del 10%.

Ad integrazione di quanto disposto dall'Art. 3 - Soggetti non considerati terzi, non sono considerati terzi:

- *gli Assicurati fra loro,*
- *le persone che si trovano con gli Assicurati nei rapporti di parentela di cui alla lett. a) dell'Art. 3 suindicato.*

Art. 10. Premio

Il premio è determinato per ciascun periodo assicurativo, in base al fatturato relativo alle attività svolte, dichiarato nell'ultimo esercizio chiuso e noto all'inizio del predetto periodo, nonché in base alla forma dell'attività svolta dall'Assicurato (individuale, collettiva con massimo 10 professionisti, collettiva con oltre 10 professionisti).

Pertanto l'Assicurato 60 giorni prima della scadenza anniversaria è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare del fatturato e la forma dell'attività professionale come sopra descritta se variata. Su tale base la Società comunica il premio per il successivo periodo assicurativo e l'eventuale aggiornamento del massimale.

L'eventuale invio da parte della Società di avvisi di scadenza dei predetti obblighi non può in alcun caso essere invocata come deroga alla puntuale osservanza degli stessi.

Inoltre ad ogni scadenza di annualità assicurativa il premio verrà ricalcolato in relazione al numero di sinistri denunciati nel corso del periodo di osservazione come di seguito descritto:

1° periodo: inizia dal giorno della decorrenza dell'assicurazione e termina tre mesi prima della scadenza dell'annualità assicurativa;

periodi successivi: hanno durata di 12 mesi e decorrono dalla scadenza del periodo precedente.

Ne consegue che la rideterminazione del premio, avverrà applicando sul premio in corso le seguenti percentuali di aumento:

Nr sinistri denunciati	Aumento %
1 Sinistro	0%
2 Sinistri	25%
3 Sinistri	50%
4 Sinistri	100%
Oltre 4 Sinistri	150%

Se il premio di rinnovo è diverso da quello relativo al periodo precedente, l'Assicurato può accettarlo o rifiutarlo.

In caso di accettazione, la polizza verrà rinnovata o sostituita con effetto dalla data di scadenza anniversaria e con premio e massimale pari a quelli comunicati.

In caso di rifiuto il contratto si intende risolto a partire dalla suddetta scadenza anniversaria.

Resta convenuto tra le parti che la mancata comunicazione del fatturato superiore a quello dichiarato, ovvero degli elementi di variazione della copertura assicurativa (forma individuale, collettiva con massimo 10 professionisti, collettiva con oltre 10 professionisti) comporta la proporzionale riduzione di eventuali risarcimenti.

ALLEGATO B - ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE PER LA PROPRIETÀ E CONDUZIONE DELLO STUDIO E VERSO I PRESTATORI DI LAVORO

Art. 1 - Proprietà e conduzione dello studio

La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, per danni colposamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione:

- a) alla proprietà e alla conduzione dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti, comprese insegne e tendoni;
- b) alla proprietà e conduzione dei locali dello studio per spargimento d'acqua e rigurgito di sistemi di scarico purché conseguenti a rotture accidentali di tubazioni e condutture, restando inteso che la presente garanzia opera in eccedenza rispetto ad altre analoghe garanzie in corso per il medesimo rischio;
- c) alla locazione dei locali dello studio ai sensi degli artt.1588, 1589 e 1611 cod. civ. (rischio locativo), restando parimenti inteso che la garanzia opera in eccedenza ad analoghe garanzie in corso per il medesimo rischio;
- d) fatti colposi o dolosi di praticanti, dipendenti e collaboratori dello studio.

Questa specifica garanzia è prestata fino a concorrenza per ogni sinistro, di un importo pari al massimale di polizza qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

Art. 2 - Assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'articolo 13 del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni (escluse le malattie professionali) per i quali l'INAIL sia tenuto ad erogare una prestazione, sofferti da lavoratori da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati, assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai lavoratori di cui al precedente punto 1), per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente (escluse le malattie professionali) non inferiore al 6%, calcolata in base alla tabella delle menomazioni di cui all'articolo 13 comma 2 lett. a) del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, debitamente approvata.

L'assicurazione R.C.O. è efficace purché, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi assicurativi di legge.

Art. 3 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) *da circolazione di veicoli a motore, da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;*
- b) *da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;*
- c) *di cui l'Assicurato deve rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 C.C.;*
- d) *da lavori di manutenzione straordinaria;*

- e) *connessi con trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici ecc.). Sono altresì esclusi i danni connessi con l'inquinamento di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinati; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo che sia suscettibile di sfruttamento. Sono esclusi altresì, dall'assicurazione i danni di qualunque natura direttamente o indirettamente derivanti dall'amianto o prodotti contenenti l'amianto, i danni di qualunque natura direttamente o indirettamente derivanti da onde elettromagnetiche e/o campi elettromagnetici.*

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com;
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com.
Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Generali Italia S.p.A.

Cassa Forense - RC Professionale Avvocati - Garanzie Integrative

Contratto di assicurazione Responsabilità Civile Professionale
Mod. R59B/02

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE MASSIMALI SUPERIORI - ESTENSIONI E GARANZIE INTEGRATIVE (Cassa Nazionale di previdenza e assistenza forense)

CONVENZIONE

Art. 1 - Contraente e Assicurati

La Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza Forense (in seguito per brevità Cassa) stipula con Generali Italia S.p.A. (in seguito per brevità Società) la presente Convenzione per conto di tutti gli iscritti agli Albi degli Avvocati e ai Registri dei Praticanti Avvocati abilitati, che abbiano aderito alla distinta ed autonoma Convenzione sottoscritta fra la Cassa e la Società per l'assicurazione della responsabilità civile, ai quali compete la qualifica di Assicurati alle condizioni in essa previste, e che intendano sottoscrivere a titolo individuale coperture assicurative per massimali di garanzia superiori e/o per estensioni e garanzie integrative che seguono.

La presente Convenzione non comporta alcun onere o responsabilità per la Cassa.

Art. 2 - Decorrenza e durata della Convenzione

La presente Convenzione avrà la durata di anni due a decorrere dal 1° gennaio 2002 e successive integrazioni di giugno 2017 ma si intenderà comunque automaticamente risolta di diritto a partire dalla eventuale anticipata data di risoluzione della citata distinta ed autonoma Convenzione sottoscritta fra la Cassa e la Società per l'assicurazione della responsabilità civile professionale e per l'assicurazione della proprietà e conduzione dello studio e verso i prestatori di lavoro.

In tale ipotesi le garanzie in corso a favore di coloro che avessero aderito alla presente Convenzione resteranno in vigore fino alla scadenza dell'annualità in corso.

La presente Convenzione si rinnoverà automaticamente ed in modo tacito, in assenza di disdetta formulata da parte della Cassa da comunicarsi a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento con preavviso di almeno sei mesi o, salvo disdetta da parte della Società da comunicarsi sempre a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento con preavviso di almeno mesi 12. La comunicazione di disdetta da parte della Cassa alla Società dovrà essere inviata all'indirizzo Generali Italia S.p.A. – Via Marocchese 14 – 31021 Mogliano Veneto-TV; mentre la comunicazione di disdetta da parte della Società alla Cassa dovrà essere inviata all'indirizzo Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense Via Ennio Quirino Visconti 8, 00193 Roma.

Art. 3 - Massimali di garanzia superiori

Alle condizioni di assicurazione risultanti dalla distinta ed autonoma Convenzione sottoscritta fra la Cassa e la Società per l'assicurazione della responsabilità civile, che forma parte integrante anche della presente Convenzione, in quanto non derogate dalle condizioni di seguito riportate, la Società terrà indenni gli Assicurati fino a concorrenza del massimale riportato nel frontespizio di polizza, prestato in eccesso al massimale sottoscritto con la predetta distinta ed autonoma Convenzione.

Art. 4 - Stipulazione dei contratti

La stipulazione delle assicurazioni per i massimali di garanzia e per i rischi previsti dalla presente Convenzione potrà essere proposta alle Agenzie della Società, da parte degli Assicurati che abbiano aderito alla Convenzione previa sottoscrizione di apposito questionario.

Qualora gli incarichi di sindaco e/o di curatore fallimentare e/o liquidatore giudiziario e/o revisione dei conti, ricoperti superassero il numero di 10, la garanzia potrà essere accordata a condizioni da stabilirsi caso per caso.

Art. 5 - Modifiche alla Convenzione

Le disposizioni della distinta ed autonoma Convenzione sottoscritta fra la Cassa e la Società per l'assicurazione della responsabilità civile professionale sono valide in quanto non derogate dalle norme che seguono.

EFFETTO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione – Mezzi di pagamento

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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 contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS, per i pagamenti che avvengono in Agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente postale dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente assicurativo dedicato, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente bancario intestato alla Società o all'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

() si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario 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.*

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS, assegno, bonifico bancario o per pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o all'intermediario sul conto corrente bancario dedicato.

Art. 2 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, comunicata mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

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

Art. 3 - Cessazione dell'attività

In caso di cessazione dell'attività da parte dell'Assicurato intervenuta durante il periodo di efficacia della garanzia per effetto di cancellazione dall'Albo degli Avvocati o dal Registro dei praticanti, l'assicurazione si intende risolta e la garanzia vale per le richieste di risarcimento occasionate da fatti posti in essere durante il periodo di efficacia della garanzia e pervenute per la prima volta all'Assicurato, od ai suoi aventi diritto, nei dieci anni successivi alla cessazione dell'attività sempreché denunciate alla Società nei termini previsti dalla presente Convenzione.

Per la presente estensione di garanzia il massimale annuo di polizza rappresenta il limite di esposizione della Società per l'intero periodo di copertura successivo alla cessazione dell'attività e non opererà comunque per le richieste di risarcimento connesse all'attività che ha comportato il provvedimento di radiazione.

Art. 4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dalla assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso, se il premio non è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabile, la Società entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio al netto dell'imposta ed eventuali contributi di legge, relativo al periodo di rischio non corso.

SINISTRI**Art. 5 - Denuncia dei sinistri – Obblighi dell'Assicurato**

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 6 - Gestione delle vertenze di danno - spese di resistenza

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale ed amministrativa designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, *entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza* per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale le spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse ai sensi dell'art. 1917 comma 3, secondo periodo, del codice civile. *La Società non riconosce le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.*

ADEMPIMENTI IN ORDINE AL RISCHIO

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Aggravamento del rischio

L'assicurazione è prestata sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato e che, anche agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892, 1893, 1894, 1897 e 1898 del Codice Civile, formano parte integrante della presente assicurazione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione da parte dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 8 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 9 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il rischio descritto in polizza. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno la ragione sociale degli altri.

Art. 10 - Risarcimento dei sinistri - Scoperti

In caso di sinistro resta tra le Parti convenuto che il risarcimento spettante a termini di polizza verrà corrisposto previa applicazione dello scoperto del 5% con il minimo assoluto per ogni terzo danneggiato non inferiore a Euro 500,00.

ESTENSIONI E GARANZIE INTEGRATIVE

Le seguenti garanzie integrative ed estensioni di garanzia s'intendono operanti solo se i relativi codici, massimali, sottolimiti e premi sono presenti nel frontespizio di polizza.

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE

Clausola SIND - Funzioni di membro del Collegio Sindacale di Società, del Comitato per il controllo sulla gestione, del Consiglio di Sorveglianza

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A, all'Art. 4 – Esclusioni, lettera a), l'assicurazione vale per quanto l'Assicurato, nella qualità di membro del Collegio Sindacale di Società, del Comitato per il controllo sulla gestione, del Consiglio di Sorveglianza di società di capitali, sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento quale civilmente responsabile - anche per fatto di collaboratori di cui si avvale ai sensi di legge - di perdite patrimoniali involontariamente e direttamente cagionate a terzi in conseguenza di errori, documentati dai verbali o dalle relazioni obbligatorie degli organi di controllo, commessi nell'adempimento dei doveri di controllo e/o vigilanza espressamente sanciti dalla legge e non costituenti oggetto di funzioni delegate, con esclusione quindi di qualsiasi responsabilità derivanti da attività di gestione e/o amministrazione.

La presente estensione di garanzia non è operante qualora l'attività sia svolta nell'ambito:

- Bancario
- Assicurativo
- Intermediazione mobiliare (a titolo di esempio SICAV e SGR)
- Gestione di fondi pensione e di investimenti
- Società quotate in borsa
- Imprese che siano o siano state in procedure concorsuali all'atto della sottoscrizione della presente estensione
- Società che abbiano o abbiano avuto perdite per due o più esercizi consecutivi all'atto della sottoscrizione della presente estensione
- Società facenti parte di gruppi tenuti alla redazione di bilanci consolidati

La presente estensione di garanzia è prestata fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo pari al massimale indicato in polizza per la relativa garanzia e con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 5.000,00.

Per quanto non espressamente derogato, resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia vale per l'espletamento di numero massimo di 10 incarichi.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

Clausola AMS - Attività di Amministratore di sostegno e curatore delle eredità giacenti

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A, all'Art. 4 – Esclusioni, lettera a), l'assicurazione vale per la responsabilità civile ascrivibile all'Assicurato in qualità di Amministratore di sostegno esercitata dallo stesso ai sensi della legge 6/2004 e di curatore delle eredità giacenti ai sensi dell'art. 528 e s.s. del c.c.

La garanzia non è operante per le richieste di risarcimento derivanti da:

- attività poste in essere dall'Assicurato in assenza o in eccedenza delle deleghe conferitegli dal giudice competente,
- da decisioni assunte arbitrariamente seppur nell'ambito delle materie rientranti nelle sue deleghe,

- spese sostenute per le quali non sia stata prodotta la corrispettiva documentazione attestante l'importo pagato (fatture e/o ricevute fiscali),
- atti compiuti dall'Assicurato successivamente alla sua revoca ai sensi dell'art. 413 c.c. "Revoca dell'amministratore di sostegno".

La presente estensione di garanzia è prestata fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento, per ogni sinistro e per anno assicurativo, pari al massimale indicato in polizza per la relativa garanzia e con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 5.000,00.

Per quanto non espressamente derogato resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

Clausola CRI - Funzione di Gestore della Crisi di sovraindebitamento (LEGGE N. 3 del 2012)

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A all'art. 4 – Esclusioni lettera a), l'assicurazione vale anche per le attività inerenti le funzione di "Gestore della Crisi" per l'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento svolta secondo quanto previsto dalla legge n. 3 del 2012, in esito all'azione di rivalsa azionata dall'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento a seguito del risarcimento al terzo danneggiato, per perdite patrimoniali da questi subite a causa della condotta colposa dell'Assicurato.

La presente estensione è altresì operante per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per le perdite patrimoniali colposamente cagionate a terzi in conseguenza di un fatto dei delegati e/o coadiutori, escluso il debitore (persona fisica o società) che abbia chiesto l'intervento dell'Organismo, nominati in ottemperanza alle disposizioni normative in vigore.

Ad integrazione di quanto previsto nella polizza R59A all'art. 3 – Soggetti non considerati terzi, non è considerato terzo l'Organismo di appartenenza, ad eccezione di quanto sopra previsto relativamente all'azione di rivalsa dell'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento.

La presente garanzia è prestata nell'ambito del massimale di polizza riportato sul frontespizio della presente polizza, e comunque fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo di Euro 350.000,00.

Per quanto non espressamente derogato resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia vale per l'espletamento di numero massimo di 10 incarichi.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

Clausola REV - Funzioni di Revisore dei Conti

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A, all'Art. 4 – Esclusioni, lettera a), l'assicurazione è estesa a quanto l'Assicurato, nella qualità di:

- Revisore legale dei conti, di Enti Locali e/o società di capitali sia tenuto a pagare a titolo di risarcimento quale civilmente responsabile - anche per fatto di collaboratori di cui si avvale ai sensi di legge - di perdite patrimoniali involontariamente e direttamente cagionate a terzi in conseguenza di errori, documentati dai verbali o dalle relazioni obbligatorie del collegio sindacale, commessi nell'adempimento dei doveri di controllo e/o vigilanza espressamente sanciti dalla legge e non costituenti oggetto di funzioni delegate.

La presente estensione di garanzia non è operante qualora l'attività sia svolta nell'ambito:

- Bancario
- Assicurativo
- Intermediazione mobiliare (a titolo di esempio SICAV e SGR)
- Gestione di fondi pensione e di investimenti
- Società quotate in borsa

- *Imprese che siano o siano state in procedure concorsuali all'atto della sottoscrizione della presente estensione*
- *Società che abbiano o abbiano avuto perdite per due o più esercizi consecutivi all'atto della sottoscrizione della presente estensione*
- *Società facenti parte di gruppi tenuti alla redazione di bilanci consolidati*

La presente estensione di garanzia è prestata fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo pari al sottolimito di massimale indicato in polizza per la relativa garanzia e con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 5.000,00.

Per quanto non espressamente derogato resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia vale per l'espletamento complessivamente di n. 10 incarichi ricoperti nel corso di ciascuna annualità.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

Clausola STAN - Commissario Straordinario antimafia

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A, all'Art. 4 – Esclusioni, lettera a), la garanzia di cui al presente contratto deve intendersi altresì estesa alle perdite patrimoniali connesse allo svolgimento dell'attività di commissario straordinario svolte nei termini previsti dalla Legge 18 febbraio 2004, n. 39. (cosiddetta "Legge Marzano") e successive modifiche ed integrazioni. La garanzia deve intendersi valida sempreché il Commissario Straordinario provveda alla stesura del piano di risanamento aziendale entro e non oltre 180 giorni, prorogabili per ulteriori 90 giorni massimo, decorrenti dalla data di nomina.

La presente estensione di garanzia è prestata nell'ambito del sottolimito di massimale riportato sul frontespizio di polizza, fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo pari al sottolimito di massimale indicato in polizza per la relativa garanzia e con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 5.000,00.

Per quanto non espressamente derogato resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia vale per l'espletamento complessivamente di n. 10 incarichi ricoperti nel corso di ciascuna annualità.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

Clausola ORVI - Componente di Organismi di Vigilanza (D.Lgs 8/6/2001 n. 231)

A parziale deroga di quanto previsto nella polizza R59A nell'ambito dell'allegato A, all'Art. 4 – Esclusioni, lettera a), la garanzia s'intende altresì operante per le perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi in conseguenza di errori o omissioni connessi allo svolgimento dell'attività di componente di Organi di Vigilanza esercitata ai sensi del Decreto Legislativo 8 giugno 2001 n. 231.

La garanzia in esame è operante purché l'Ente presso il quale l'assicurato svolge l'attività oggetto della presente estensione abbia provveduto ad adottare un modello di organizzazione e di gestione ai fini di cui all'art.6 del D.Lgs.231/2001.

Dalla presente estensione di copertura devono intendersi comunque escluse le perdite patrimoniali direttamente o indirettamente:

- *derivanti dalla consulenza fornita circa le modalità deliberate dagli organi delegati di composizione o modifica dei modelli organizzativi,*
- *connesse alla materia di antiriciclaggio ai sensi del D.Lgs 231/2007.*

La presente estensione di garanzia è prestata, fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento per ogni sinistro e per anno assicurativo pari al sottolimito di massimale indicato in polizza per la relativa garanzia e con applicazione di uno scoperto del 10% per ogni sinistro con il minimo assoluto di euro 5.000,00.

Per quanto non espressamente derogato resta fermo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione.

La garanzia vale per l'espletamento di numero massimo di 10.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

SEZIONE TUTELA LEGALE

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.

Art. 1 - Oggetto della garanzia

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale indicato in polizza, l'onere relativo ad ogni spesa per assistenza giudiziale, in ogni stato e grado di giudizio, sia civile che penale, nonché per assistenza extragiudiziale e peritale, per tutela degli interessi dell'Assicurato, in conseguenza di un fatto involontario di natura extracontrattuale inerente all'attività professionale dichiarata in polizza.

Rimarranno invece a carico dell'Assicurato le pene pecuniarie inflitte dal Giudice, le multe, ammende ed oblazioni, le spese di amministrazione e di giustizia penale, tutti gli oneri fiscali nonché le spese per la registrazione di sentenze.

L'assicurazione è inoltre prestata a favore dei familiari dell'Assicurato e dei suoi dipendenti regolarmente iscritti nel libro unico del lavoro che prestino la loro collaborazione nello studio professionale dichiarato in polizza, se versato il relativo premio.

Per spese si intendono:

- le spese per intervento di un legale;
- le spese per intervento di un perito;
- le eventuali spese del legale di controparte in caso di transazione autorizzata dalla Società, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato; in caso di esito favorevole le spese liquidate giudizialmente e transattivamente in favore dell'Assicurato stesso saranno di esclusiva pertinenza della Società che le ha sostenute, anche in via di surroga di cui all'art. 1916 Codice Civile.

La garanzia riguarda esclusivamente i sinistri accaduti nell'ambito dell'attività indicata in polizza e si riferisce ai seguenti casi:

- a) difesa penale per reato colposo o contravvenzione;
- b) difesa penale per imputazioni penali di carattere doloso a condizione che l'Assicurato venga assolto con sentenza passata in giudicato oppure il reato sia derubricato da doloso a colposo; resta escluso qualsiasi altro caso di estinzione del reato o della pena nonché il patteggiamento;
- c) controversie relative a danni subiti dall'Assicurato per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti;
- d) controversie relative ai danni cagionati ad altri soggetti in conseguenza di fatti illeciti commessi dall'Assicurato nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata in polizza;
- e) controversie relative alla proprietà, locazione, o comunque derivanti dalla conduzione dei locali ove l'Assicurato esercita la propria attività;
- f) controversie individuali di lavoro esperite nei confronti dell'Assicurato dai propri dipendenti regolarmente iscritti nel libro unico del lavoro.

Art. 2 - Validità temporale

La garanzia vale per gli eventi (sinistri) che hanno avuto origine durante il periodo di validità del contratto, denunciati entro sei mesi dalla cessazione del contratto stesso.

I fatti che hanno dato origine al sinistro si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o inadempimento; il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto. Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazioni a carico di più persone

assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Art. 3 - Estensione territoriale

La garanzia vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio di tutti gli Stati Europei.

Art. 4 - Esclusioni

Sono escluse dalla garanzia le spese relative a:

- a) *controversie e procedimenti in materia amministrativa, fiscale e tributaria;*
- b) *controversie di natura contrattuale;*
- c) *controversie nei confronti della Società;*
- d) *controversie di natura assistenziale o previdenziale nei confronti di Enti pubblici;*
- e) *controversie con Compagnie Assicuratrici;*
- f) *controversie riguardanti la circolazione dei veicoli, natanti e aeromobili soggetti all'assicurazione obbligatoria di proprietà o comunque condotti dall'Assicurato;*
- g) *controversie relative all'inquinamento dell'ambiente;*
- h) *recupero crediti;*
- i) *le spese di amministrazione e di giustizia penale, tutti gli oneri fiscali nonché le spese per la registrazione di sentenze;*
- j) *pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;*
- k) *se il professionista non è regolarmente iscritto all'albo professionale o non svolge l'attività a norma delle vigenti leggi che la regolano;*
- l) *controversie relative alla vita privata;*
- m) *controversie non disciplinate dall'Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione;*
- n) *l'indennità di mediazione.*

Le esclusioni di cui al presente articolo si applicano anche nei confronti dei familiari e dipendenti dell'Assicurato.

Art. 5 - 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. 6 - Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro di cui all'art. 5 "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 "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.

Art. 7 - 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.

Art. 8 - Coesistenza con garanzia Responsabilità Civile

Qualora la garanzia di Responsabilità Civile Professionale o altro contratto di assicurazione di Responsabilità Civile offra copertura ai medesimi fatti di cui alla presente garanzia di Spese legali e peritali, quest'ultima opererà ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che è dovuto dalla garanzia di Responsabilità Civile per spese di resistenza e soccombenza.

In particolare, le garanzie di cui alla presente Sezione esplicheranno effetto solo qualora sia cessato l'interesse dell'Assicuratore di Responsabilità Civile alla gestione della vertenza e siano stati da questi adempiuti gli obblighi di cui all'art. 1917, 3° comma del codice civile.

SEZIONE ASSISTENZA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

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 di Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della medesima Società.

Prestazioni

Le prestazioni di assistenza nei confronti degli 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 dell'assicurazione, che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di contratto.

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sotto indicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro oggetto di una delle prestazioni di seguito indicate.

1 GARANZIE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 1.1 - Consulenza medica

Qualora l'Assicurato in caso di infortunio necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

Si precisa che tale consulto, considerate le modalità di prestazione del servizio non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

Art. 1.2 - Invio di un medico o di una ambulanza in Italia

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico di Europ Assistance, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con Europ Assistance. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La prestazione è fornita dalle ore 20.00 alle ore 8.00 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

Art. 1.3 - Prelievo del sangue a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare la prestazione.

Art. 1.4 - Invio di una Baby Sitter in Italia

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio, non possa lasciare il proprio domicilio e necessitasse dell'invio di una babysitter per la sorveglianza di minori del suo nucleo familiare, la Struttura Organizzativa, accertata la

necessità della prestazione, provvederà ad organizzare la prestazione.

La Società terrà a proprio carico i costi *fino ad un massimo di Euro 300,00 per sinistro*.

Art. 1.5 - Invio di una collaboratrice domestica in Italia

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio, non possa lasciare il proprio domicilio e necessitasse dell'invio di una collaboratrice familiare per lo svolgimento di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare la prestazione.

La Società terrà a proprio carico i costi *fino ad un massimo di Euro 300,00 per sinistro*.

Art. 1.6 - Invio di un infermiere al domicilio in Italia

Qualora, in seguito ad infortunio, l'Assicurato abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, previo ricevimento di certificato medico attestante la patologia sofferta e l'indicazione delle cure da effettuare.

La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'infermiere *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro*.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico, ed inviare il certificato medico.

Art. 1.7 - Invio di un fisioterapista in Italia

Qualora l'Assicurato in seguito ad infortunio abbia bisogno di un fisioterapista a domicilio nel periodo di convalescenza, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un fisioterapista.

La Società terrà a proprio carico l'onorario del fisioterapista *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro*.

2 GARANZIE ASSISTENZA PER LO STUDIO PROFESSIONALE

Art. 2.1 - Invio di un fabbro per interventi di emergenza

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un fabbro per furto o tentato furto, smarrimento o rottura delle chiavi, guasto della serratura, che rendano impossibile l'accesso allo studio professionale o che abbiano compromesso la funzionalità della porta d'ingresso in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un fabbro, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico i costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro*.

I costi relativi al materiale necessario per la riparazione che dovranno essere pagati dall'Assicurato.

Art. 2.2 - Invio di un idraulico per interventi di emergenza

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un idraulico a seguito di allagamento, infiltrazione, mancanza d'acqua o mancato scarico delle acque nere dovuto a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un idraulico, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro*.

Sono esclusi:

- *i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che dovranno essere pagati dall'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);*
- *i sinistri dovuti all'interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;*
- *i sinistri dovuti a rottura delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;*

- *i sinistri dovuti a negligenza dell'assicurato.*

Art. 2.3 - Invio di un elettricista per interventi di emergenza

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un elettricista per mancanza di corrente elettrica in tutti i locali dello studio professionale per guasti agli interruttori di accensione, alle prese di corrente o agli impianti di distribuzione interna, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un elettricista, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico costi per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi:

- *i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che dovranno essere pagati dall'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti a corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato;*
- *i sinistri dovuti all'interruzione della corrente elettrica da parte dell'ente erogatore;*
- *i sinistri dovuti a guasti al cavo di alimentazione dei locali dello studio professionale a monte e a valle del contatore.*

Art. 2.4 - Intervento di emergenza per danni d'acqua

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un intervento d'emergenza a seguito di allagamento o infiltrazione dovuti a rottura, otturazione, guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare personale specializzato in tecniche di asciugatura, 24 ore su 24, compresi i giorni festivi.

La Società terrà a proprio carico il costo dell'intervento *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi:

- *guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad esempio lavatrici);*
- *i danni dovuti a tracimazione in seguito a otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;*
- *negligenza dell'Assicurato.*

Art. 2.5 - Invio di un vetraio nelle 24H

Nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di un vetraio a seguito di rottura vetri esterni, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un tecnico nelle 24 ore successive alla segnalazione esclusi Sabato, Domenica e festivi.

La Società terrà a proprio carico le spese per l'uscita e la manodopera *fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.*

Sono esclusi tutti i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che dovranno essere pagati dall'assicurato.

Art. 2.6 - Rientro anticipato

Nel caso in cui l'Assicurato, trovandosi in viaggio, debba rientrare prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di gravi danni allo studio professionale dovuti a furto, incendio o allagamento, la Struttura Organizzativa provvederà a fornirgli un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica per permettergli il rientro.

L'Assicurato dovrà successivamente documentare, su richiesta della Struttura Organizzativa, le cause del sinistro.

La Società terrà a proprio carico i costi:

- fino alla concorrenza massima di Euro 250,00 se il viaggio di rientro avverrà in Italia;
- fino alla concorrenza massima di Euro 500,00 se il viaggio di rientro avverrà all'estero.

Sono esclusi i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire adeguate informazioni sui sinistri che hanno dato luogo alla richiesta di rientro.

Art. 2.7 - Trasloco

Nel caso in cui lo studio professionale dell'Assicurato fosse inagibile per un periodo minimo di 30 giorni a causa di gravi danni dovuti a furto, incendio o allagamento, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasloco del mobilio dell'Assicurato fino ad un deposito in Italia.

La Società terrà a proprio carico i costi del trasloco *fino alla concorrenza massima di Euro 500,00*.

Sono esclusi:

- i traslochi effettuati oltre i 60 giorni dal sinistro;
- i costi di deposito ed ogni altro costo non compreso nei costi di trasloco.

Art. 2.8 - Impresa di pulizia

Nel caso in cui lo studio professionale dell'Assicurato necessitasse di pulizia straordinaria in seguito a furto, incendio o allagamento, la Struttura Organizzativa provvederà al reperimento e all'invio di un'impresa di pulizia specializzata.

La Società terrà a proprio carico i costi dell'intervento di pulizia *fino alla concorrenza massima di Euro 500,00 per sinistro*.

3 NORME COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Art. 3.1 - 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 all'art. 1.1 "Consulenza Medica".

Art. 3.2 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e 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.

Art. 3.3 - Modalità per la richiesta di assistenza

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

dall'Italia al numero verde 800 341 811

dall'estero al numero +39 02 58 28 68 04

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.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- nome e cognome;*
- numero di polizza preceduto dalla sigla CFPS;*

- d) indirizzo del luogo in cui si trova;
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

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

Art. 3.4 - Esclusioni

L'assicurazione Assistenza non è comunque operante per:

- a) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- b) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causati da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) *gli infortuni e le altre conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni, nonché in conseguenza di azioni dolose delittuose dell'Assicurato;*
- d) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere e dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- e) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- f) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- g) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave.*

Art. 3.5 - 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. 3.6 - 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.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchese, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 041 942909; email: info.it@generali.com;
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com.
Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

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.
Inabilità 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 il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS, per i pagamenti che avvengono in agenzia;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario su ccp dedicato(*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*);
- con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all'intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell'intermediario;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Note:

(*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell'art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell'articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario 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.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

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 "Precisazioni sull'ambito di operatività - servizio militare"*).

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Precisazioni 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:

- a) *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.*
- b) *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;*
- c) *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;*
- d) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- e) *gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) *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";*
- g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- h) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;*
- i) *le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- j) *gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1 "Precisazioni sull'ambito di operatività – eventi speciali".*

- k) *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 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 401	Albergatori
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 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, magliari 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	Benzinaia, incluse attività di manutenzione e lavaggio
C 309	Carrozzeri
C 627	Cavaiole 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 Tassisti
- 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, cronici 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 risulti, 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.

Fermo il resto.

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.

La liquidazione del sinistro avverrà esclusivamente a definizione della vertenza. La Società non è tenuta 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 ad esclusivo carico della Società, dopo esaurimento di quanto eventualmente a carico di altro Assicurato.