

Convenzione per la Gestione dell'assicurazione Responsabilità Civile Professionale per gli iscritti alla F.I.M.P.



Avvertenza: a norma dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico della Contraente o dell'Assicurato.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

A.C.N. - Accordo Collettivo Nazionale	Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.
A.I.R. – Accordo Integrativo Regionale	Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta
Assicurazione	Il contratto di assicurazione;
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Apparecchiature Elettriche ed Elettroniche	Macchine da scrivere e da calcolo elettriche ed elettroniche, telex, telefax, fotocopiatrici, personal computer e mini elaboratori, sistemi elettronici di elaborazione dati e relative unità periferiche di trasmissione e ricezione dati, supporti dati, modem, scanner, plotter, apparecchi di rilevazione e misure, impianti di prevenzione ed allarme, centralino telefonico compresi gli apparecchi utilizzatori, apparecchi elettromedicali ed ogni altra apparecchiatura elettrica o elettronica inerente l'attività dell'ufficio e/o dello studio;
Attività Assicurata	Attività professionale dichiarata in polizza, svolta dall'Assicurato in qualità di Medico Convenzionato con il SSN ai sensi dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, degli A.I.R. degli Accordi decentrati aziendali nessuna esclusa E' inoltre compresa l'attività di medico libero professionista che esercita l'attività autonoma, ambulatoriale extramoenia e/o attività svolta in regime libero professionale in strutture sanitarie pubbliche, accreditate o private e/o. E' compreso lo svolgimento di attività complementari, sussidiarie ed accessorie pertinenti all'Attività Assicurata, ivi compresa la telemedicina in tutte le sue forme, nonché l'erogazione di servizi purché strettamente attinenti all'Attività Assicurata medesima e, relativamente all'attività di carattere medico, l'attività di responsabile dell'Unità Complessa di Cure Primarie (UCCP) e di AFT aggregazioni funzionali territoriali.
Atti Invasivi Diagnostici e Terapeutici	Il complesso delle indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate mediante l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o altri strumenti o attrezzature previsti dalle diverse specializzazioni mediche. A titolo esemplificativo ma non limitativo, sono considerati "Atti invasivi": • le coronarografie; • le angiografie e le angioplastiche; • gli inserimenti di pace-maker; • l'applicazione di cateteri cardiaci; • i prelievi biotici in genere; • l'amniocentesi; • le endoscopie (gastroscopie, colonscopie, laparoscopie, fibroscopie, ecc.).
Atto Illecito	Qualsiasi errore, omissione, violazione di natura colposa e/o gravemente colposa direttamente connessi all'esercizio dell'Attività Professionale Assicurata indicata nella Scheda di Polizza.
Autocombustione	Combustione spontanea senza sviluppo di fiamma
Beneficiari	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Broker	La Società Lead Broker & Consulting srl, società iscritta al RUI n° B000615506 presso l'IVASS
Circostanza	Fatto o situazione a conoscenza dell'Assicurato da cui possa presumibilmente derivare un danno indennizzabile da questa Assicurazione;
Contenuto	I beni, adibiti all'attività dichiarata, così intesi: <u>Arredamento ed attrezzature:</u> Mobili, arredamento, attrezzature, il tutto adibito all'attività dichiarata e posto nei locali dell'ufficio e/o studio. Sono compresi: cancelleria, apparecchi fotografici e strumenti professionali, cassaforti e armadi di sicurezza, nonché tappezzerie, moquette e parquet non facenti parte della proprietà del fabbricato ma di proprietà dell'Assicurato quale locatario. Sono altresì compresi: mobili ed oggetti d'antiquariato; collezioni in genere e denaro fino alla concorrenza di € 1.500,00 quadri, tappeti, arazzi e cose aventi valore artistico, di valore singolo non

superiore a € 5.000,00. Restano comunque esclusi: raccolte scientifiche, d'antichità o numismatiche e filateliche; collezioni in genere; pietre e metalli preziosi, perle, carte valori, valori bollati, titoli di credito in genere, veicoli a motore iscritti al P.R.A. e quant'altro rientra nella definizione di "APPARECCHIATURE ELETTRICHE ED ELETTRONICHE".

Cose particolari: Archivi, documenti, registri, disegni, modelli, microfilm, fotocolor, cliché, schede, dischi, nastri ed altri supporti informatici per macchine meccanografiche ed elaboratori elettronici.

Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;
Cose	Sia gli oggetti materiali sia gli animali;
Danno Biologico	Menomazione permanente e/o temporanea dell'integrità psicofisica della persona, comprensiva degli aspetti personali, dinamico-relazionali, passibili di accertamento e di valutazione medico legale e indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito.
Danno Corporeale	Morte o lesioni personali;
Danno Materiale	Distruzione o deterioramento di cose;
Fatto dannoso	Il pregiudizio economico arrecato a Terzi in conseguenza di un Danno corporeale e/o di un Danno materiale e/o di una Perdita Patrimoniale;
Franchigia	L'importo prestabilito del danno che in caso di sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo;
Furto	L'impossessamento di cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto per se o per altri.
Guerra	Guerra, dichiarata o meno, ovvero ogni attività di guerra, incluso l'uso della forza militare da parte di uno Stato sovrano per raggiungere fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o qualsiasi altro scopo.
Implantologia dentale	Insieme di tecniche atte a riabilitare funzionalmente l'edentulia totale o parziale mediante l'inserimento di dispositivi metallici nell'osso mandibolare o mascellare, che consentono la connessione di protesi, fisse o mobili, per la riabilitazione masticatoria.
Inabilità Temporanea	Incapacità fisica totale o parziale dell'Assicurato di attendere alle sue normali attività.
Incendio	Combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto estendersi e propagarsi;
Indennizzo/Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
Interventi chirurgici	Atti medici praticati in sala operatoria con anestesia totale o parziale;
Invalidità Permanente	L'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
Legge Gelli	Legge n° 24 del 08 Marzo 2017: Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e successive modifiche;
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile.
Malformazione	L'alterazione organica congenita.
Massimale	La massima esposizione della Società per sinistro e per annualità assicurativa;
Modalità di adesione	L'assicurazione può essere stipulata esclusivamente dai medici iscritti al sindacato FIMP – FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI PEDIATRI titolari di rapporto convenzionale istituito ai sensi degli AA.CC.NN. di cui all'art. 8, comma 1, del Dlgs 502/92 e s.m.i., inseriti nell'apposito albo della FNOM-Ceo, Medici tirocinanti che stanno frequentando il corso triennale di formazione, e specializzazione oltre che medici abilitati dalla normativa SSN e da quella contrattuale a svolgere attività di sostituzione del medico di medicina generale, assistenza primaria, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta. Sono compresi i Pediatri di Libera Scelta, titolari di incarico provvisorio il Sostituto. Per quanto riguarda la copertura dei medici di medicina dei servizi e di continuità assistenziale specifica che in caso di doppio incarico la copertura si intende prestata solo nel caso in cui il medico sia contemporaneamente titolare di incarico di medicina dei servizi o continuità assistenziale e

	incarico in pediatria di libera scelta. I medici di cui sopra dovranno dichiarare sul “Modulo raccolta dati” con apposita autocertificazione la propria iscrizione alla FIMP. Il pediatra potrà usufruire della Convenzione se iscritto alla FIMP. Ne caso di cancellazione dal novero degli iscritti FIMP, il medico deve darne comunicazione all’assicuratore e la copertura cessa con effetto dalla data della prima scadenza annuale. La copertura assicurativa non produce effetti in caso di: - falsa dichiarazione di iscrizione; - mancata comunicazione di cancellazione alla FIMP; La garanzia produce effetti nel caso di attività previste e regolamentate all’interno di accordi decentrati. E’ facoltà della Società o dell’Agenzia - richiedere specifico riscontro alla Segreteria Nazionale FIMP relativamente alla regolarità del pagamento della quota di iscrizione dei singoli medici assicurati;
Modulo raccolta dati	Il documento sottoposto all’Assicurato con il quale la Società raccoglie talune informazioni necessarie ai fini della valutazione del Rischio, fermo il disposto degli artt. 1892 e ss. del Codice Civile;
Ospedale – Istituto di Cura	L’ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, l’Ospedale di Comunità, Casa della Salute, R.S.A., R.A. sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili;
Pediatra di Libera Scelta	L’iscritto alla FIMP che svolge l’attività Assicurata, ai sensi della normativa vigente
Perdita Patrimoniale	Il pregiudizio economico arrecato a terzi che non sia conseguenza di lesioni personali, morte, ivi compreso il danno biologico, o danneggiamenti a cose;
Periodo di Polizza	Il periodo di efficacia dell’Assicurazione indicato nella Scheda di Polizza;
Periodo di Retroattività	Il periodo di 10 (dieci) anni precedente il Periodo di Polizza;
Piccoli Interventi Chirurgici	Interventi chirurgici eseguiti a domicilio e/o in ambulatorio senza accesso a sala operatoria e senza ricorso ad anestesia totale e/o spinale e comunque diversi da quelli qualificabili come “interventi chirurgici” o “atti invasivi diagnostici e terapeutici”;
Polizza	Il documento che prova l’assicurazione;
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società;
Prestatori di lavoro	Tutte le persone fisiche di cui l’Assicurato si avvale nel rispetto delle norme di legge (anche ai sensi del Decreto Legislativo 81/2008) in materia di rapporto o prestazione di lavoro e nell’esercizio dell’attività descritta in polizza. Tale definizione comprende: - I lavoratori alle dirette dipendenze dell’Assicurato soggetti e non soggetti al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, purché in regola con gli obblighi di legge; - I lavoratori parasubordinati soggetti INAIL come definiti dall’art. 5 del D.Lgs. 23/02/2000 n. 38; - I lavoratori interinali come definiti dalla L. 24/06/1997 n. 196; - I lavoratori di cui al D.Lgs. 276/2003 in applicazione alla Legge 14/02/2003 n. 30 (Legge Biagi) e successive modificazioni, ivi compresi quelli distaccati presso altre aziende, anche qualora l’attività svolta da tali aziende sia diversa da quella descritta in polizza, e quelli a domicilio/distanza (c.d. telelavoro); - I borsisti, i corsisti e gli stagisti. : specializzandi in pediatria e studenti di Sc. Infermieristiche che effettuano il tirocinio presso lo studio professionale del pediatra di libera scelta.
Primo Rischio Assoluto (P.R.A.)	Forma di assicurazione in base alla quale l’indennizzo avviene, sino alla concorrenza della somma assicurata per sinistro e per anno assicurativo, senza l’applicazione della regola proporzionale prevista dall’ art. 1907 del Codice Civile.
Rapina	La sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia, come definita all’Art. 628 del C.P.
Retribuzioni	L’ammontare degli importi erogati ai prestatori di lavoro;
Richiesta di risarcimento	La prima, tra le seguenti circostanze, di cui l’Assicurato viene a conoscenza: la comunicazione scritta con la quale il terzo manifesta all’Assicurato l’intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da atto illecito, oppure la comunicazione

	con la quale il terzo fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni o perdite; - la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per atto illecito; - l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione; - la comunicazione scritta da parte delle strutture delegate alla gestione delle richieste di risarcimento delle ASL. AA.OO e/o delle strutture private.
Ricorso Terzi	Garanzia della Sezione All Risks Danni Diretti in cui l'Assicuratore, nei casi di responsabilità dell'Assicurato in conseguenza di danno indennizzabile, risponde dei danni diretti e materiali cagionati ad immobili e mobili vicini di terzi.
Ricovero	La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi un sinistro;
Rischio Locativo	Garanzia della Sezione All Risks Danni Diretti con la quale si garantisce il locatario (affittuario - conduttore) contro eventuali richieste del locatore (proprietario - assicurato) per danni all'immobile locato. Si tratta della responsabilità che incombe su l'Assicurato ai sensi degli Artt. n. 1588, 1589 e 1611 del Codice Civile.
Scheda di Polizza	Il documento facente parte integrante ed essenziale della Polizza in cui sono riportati alcuni dati relativi alla presente Assicurazione;
Scoperto	La percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro;
Sinistro	Relativamente alla Sezione Responsabilità Civile Professionale: la Richiesta di risarcimento (<i>come sopra definita</i>) pervenuta per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità dell'assicurazione e dallo stesso trasmessa alla Società durante lo stesso periodo. Relativamente alla Sezione Responsabilità Civile Terzi: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società	ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.
Sostituto	Medico abilitato dalla normativa del SSN e da quella contrattuale a svolgere attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 8, comma 1, del D.lg. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
Terrorismo	Atto (incluso a titolo esemplificativo l'uso della forza o della violenza e/o la minaccia di usare la forza o la violenza) commesso da qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole ovvero per conto di o in connessione con una o più organizzazioni o governi per scopi politici, religiosi, ideologici o di natura analoga, fra cui l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di intimidire la società o una qualsiasi parte della società;
Transazione	Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono;
Ufficio/Studio	Ufficio o studio professionale medico.
Valore a nuovo	Tipo di garanzia in base alla quale il valore delle cose assicurate è determinato stimando le spese necessarie per ricostruirle o rimpiazzarle con altre nuove, uguali o equivalenti per uso, qualità, caratteristiche e funzionalità;

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, e 1894 Codice Civile. Le dichiarazioni rese nel modulo di proposta sono prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiscono parte integrante.

Art. 2 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto all'Assicuratore l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, a norma dell'art. 1910 del Codice Civile.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta al pagamento dell'indennizzo.

Resta inteso che l'Assicurazione di cui alla presente Polizza si applicherà solo come eccedenza rispetto a qualsiasi altra assicurazione valida ed esigibile, da chiunque stipulata, ed avente ad oggetto i medesimi rischi coperti dalla presente polizza, e pertanto le garanzie saranno operanti solo dopo esaurimento dei massimali previsti dalle altre assicurazioni e per l'eccedenza rispetto ad essi, fermi i limiti di indennizzo/risarcimento previsti dal presente contratto.

Art. 3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - 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'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 4 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile, salvo il caso di buona fede.

Art. 6 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere nel territorio Italiano.

Art. 8 - DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo le Parti possono comunicare la propria intenzione di recedere dal contratto. Il recesso comunicato entro i termini avrà effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricezione della relativa comunicazione che dovrà essere inviata a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società la stessa sarà tenuta a rimborsare la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Il pagamento di Premi venuti a scadere dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non possono essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 9 - PROROGA DELLA ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata o pec spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso dell'Assicurato la disdetta dovrà essere inviata all'Agenzia di Sottoscrizione e/o alla Società. Nel caso della Società la disdetta dovrà essere inviata all'Assicurato.

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

Art. 10 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 11 - FORO COMPETENTE

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria del luogo in cui ha sede la direzione della Società o l'Agenzia presso la quale è assegnata la polizza o dove ha sede il Contraente.

Art. 12 - SURROGA

La Società è surrogata, ex art. 1916 c.c., per le somme pagate a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali e per le spese sostenute, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine il Contraente è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE ED INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

Qualsiasi interpretazione di questa polizza, verrà effettuata, ove non stabilito diversamente, in applicazione delle leggi dello Stato Italiano.

Art. 14 - VENDITA A DISTANZA

a) Informazioni generali

La polizza viene stipulata per il tramite dell'Agenzia nell'ambito di un sistema di vendita a distanza.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" si intende qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del contratto.

Per "supporto durevole" si intende qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui personalmente dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate. L'Intermediario deve informare il Contraente che, prima della stipulazione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e/o inviare su supporto cartaceo o su altro supporto durevole:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente (tra cui il fascicolo informativo, l'informativa privacy, il modulo per la verifica dell'adeguatezza, i moduli 7A e 7 B);
- entro cinque giorni dalla conclusione del contratto, la polizza per l'apposizione della sottoscrizione;
- una volta concluso il contratto, le comunicazioni in corso di contratto previste dalla normativa vigente. La scelta del supporto deve essere effettuata in maniera esplicita e può essere espressa congiuntamente o disgiuntamente per ciascuna delle categorie di documenti sopra indicati. In ogni caso il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione a distanza in ogni momento.

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua.

Il contratto di assicurazione dovrà essere debitamente sottoscritto e restituito dal Contraente, all'indirizzo indicato dall'Intermediario, tramite posta ordinaria, anticipata a mezzo fax o posta elettronica.

b) Pagamento del premio

Il premio può essere pagato tramite carta di credito o bonifico sul conto indicato dall'Intermediario con cui è concluso il contratto a distanza.

La praticabilità del pagamento tramite bonifico può essere soggetta a limiti temporali.

c) Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Il contratto è concluso con il pagamento del premio ed entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il pagamento viene effettuato, oppure alle ore 24 del giorno di decorrenza, se successivo.

d) Diritto di recesso

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente può recedere dallo stesso inviando una raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata all'Intermediario con cui il contratto è stato concluso o all'Agenzia, allegando in originale scheda di polizza e certificato di assicurazione.

Il recesso avrà efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata a.r., posta elettronica certificata.

Alla ricezione dei documenti l'Agenzia rimborserà il premio riferito al periodo non usufruito al netto delle imposte e del contributo al Servizio Sanitario Nazionale.

Sezione I

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

Avviso importante

La presente Sezione di Polizza è prestata nella forma "Claims Made" e vale per le richieste di risarcimento pervenute per la prima volta all'Assicurato durante il periodo di validità dell'assicurazione e dallo stesso trasmesse alla Società durante lo stesso periodo, a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti dannosi accaduti o a comportamenti colposi posti in essere non oltre 10 (dieci) anni antecedenti la data di decorrenza della presente polizza.

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare per capitale, interessi e spese a terzi, quale civilmente responsabile ai sensi di legge in conseguenza di una Richiesta di risarcimento **avanzata per la prima volta contro l'Assicurato nel Periodo di Polizza e da questi notificata alla Società nel medesimo periodo che trae origine da Inadempimento o maladempimento contrattuale ovvero da un Atto Illecito per condotte poste in essere non prima del Periodo di Retroattività** che abbia comportato Danni Corporali e/o Danni Materiali e/o Perdite Patrimoniali.

Sono altresì compresi in garanzia:

- l'attività accessoria di medico legale ivi comprese perizie consulenze e certificazioni;
- l'impiego di apparecchi a raggi X per scopi diagnostici e terapeutici;
- l'uso di apparecchiature e medical device in genere, anche elettriche;
- l'effettuazione di piccoli interventi chirurgici domiciliari o ambulatoriali anche quando la professione dichiarata in polizza non preveda l'esercizio della chirurgia riferiti alla sola attività descritta nell'ACN di Pediatria di Libera Scelta e più specificatamente per i pediatri di famiglia, di continuità assistenziale.
- gli interventi - anche chirurgici - di pronto soccorso prestati in virtù dell'obbligo deontologico professionale, anche quando la professione dichiarata in polizza non preveda l'esercizio della chirurgia;
- l'attività di libero docente in formazione ECM, di e di docenza universitaria, anche in ambito di master di I e II livello, nonché l'attività di istruttore (tutor) svolta nei confronti dei medici tirocinanti e degli studenti in scienze infermieristiche come da legge 212 del 07/1990;
- l'attività di vaccinazione;
- la responsabilità civile in capo dell'Assicurato e a lui imputabile per attività svolta dal medico che lo sostituisce (soggetto abilitato ai sensi dell'art. 36 dell'Accordo collettivo nazionale vigente); l'Assicurato è garantito anche in qualità di sostituto di medico di assistenza primaria titolare di convenzione di medico pediatra di libera scelta con il S.S.N..
- la pratica di medicina non convenzionale in riferimento alla risoluzione del Parlamento Europeo del 29/5/1997 (Statuto delle Medicine non Convenzionali) e successive modificazioni e/o integrazioni. E altresì compresa in garanzia l'azione di rivalsa o regresso della struttura sanitaria privata contro l'Assicurato per qualsiasi somma a lui richiesta a titolo di risarcimento, indipendentemente dal grado della colpa.

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a pagare nel caso di:

- Azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla legge qualora l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti. Si intendono comprese nella rivalsa anche le eventuali somme stabilite dalla sentenza definitiva della Corte dei Conti a titolo di danno all'immagine dall'Azienda Sanitaria e della Pubblica Amministrazione in genere.
- Azione di surrogazione esperita dalla società di Assicurazione dell'Azienda Sanitaria nei casi ed entro i limiti previsti dalla legge a condizione che l'Assicurato sia dichiarato responsabile per colpa grave con sentenza definitiva della Corte dei Conti

Art. 2 - CONDIZIONE DI OPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione opera **purché l'Assicurato/Contraente disponga delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività assicurata e che i danni non siano riconducibili alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge o dei regolamenti.**

Art. 3 - VALIDITÀ TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è valida per le Richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Polizza e dallo stesso notificate alla Società durante il medesimo periodo, a condizione che tali Richieste di risarcimento siano conseguenti ad Atti Illeciti posti in essere non prima del Periodo di Retroattività.

Al di fuori delle ipotesi di cui all'art. 5) GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ, in caso di cessazione del contratto non derivante da recesso per sinistro, l'Assicurazione vale per Richieste di risarcimento avanzate per la prima volta

contro l'Assicurato e da questi notificate alla Società entro 1 (uno) anno dalla scadenza della Polizza (garanzia postuma), **sempreché il fatto che ha originato la Richiesta di risarcimento sia stato posto in essere durante il Periodo di Polizza. La garanzia postuma di durata annuale cesserà immediatamente nel caso in cui l'Assicurato stipuli durante tale periodo altra polizza assicurativa analoga alla presente a copertura degli stessi rischi.**

Al termine del primo anno di postuma per cessazione del contratto, l'Assicurato può chiedere alla Società che la garanzia resti operante per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della polizza e denunciati alla Società negli ulteriori 9 anni successivi alla cessazione del contratto.

A tal fine, entro e non oltre la data di scadenza del primo anno di postuma per cessato contratto, l'Assicurato deve comunicare in forma scritta alla Società l'intenzione di avvalersi di tale facoltà. In tal caso, entro trenta giorni dalla data di scadenza del primo anno di postuma, dovrà essere perfezionata apposita appendice di presa d'atto del periodo di ultrattività di ulteriori 9 anni, dietro pagamento in un'unica soluzione anticipata di un premio pari a cinque volte l'ultimo premio annuo di polizza versato per la sezione Responsabilità Civile.

Il sotto massimale applicabile per la garanzia postuma per tutto il periodo in cui è prevista, sarà parte del Massimale e non in aggiunta ad esso

Art. 4 - NOVERO DEI TERZI

Ai fini dell'assicurazione prestata con la presente polizza, non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a).

Art. 5 - GARANZIA POSTUMA IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ

A parziale deroga dell'Art. 3 – Validità temporale dell'Assicurazione - in caso di cessazione dell'Attività Professionale Assicurata, debitamente documentata, per:

- i. raggiunti limiti di età,
- ii. cessazione dell'esercizio della professione,
- iii. malattia, infortunio o morte,

su richiesta l'Assicurato potrà ottenere dalla Società una proroga della garanzia di cui alla Polizza per le Richieste di risarcimento avanzate contro l'Assicurato stesso e da questi denunciate alla Società nei successivi 10 (dieci) anni, **sempreché esse si riferiscano ad a condotte indebite poste in essere nel Periodo di Polizza e/o nel Periodo di Retroattività subordinatamente al pagamento del relativo Premio.** Si conviene che il Massimale indicato nella Polizza costituisce il massimo esborso a carico della Società indipendentemente dal numero di Sinistri denunciati nel Periodo di Polizza e/o nell'eventuale periodo di garanzia postuma.

Il premio da versare, in unica rata, per l'attivazione della garanzia sarà pari a una annualità dell'ultimo premio di polizza pagato per la garanzia Responsabilità Civile Professionale.

In caso di decesso la garanzia postuma verrà attivata automaticamente senza l'obbligo di versamento del premio.

Art. 6 - ESCLUSIONI

Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "claims made", quale temporalmente delimitata nel presente polizza, sono esclusi:

- i sinistri che siano denunciati alla Società in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione in corso, salvo il periodo di tolleranza di cui all'articolo 3 che della sezione delle norme che regolano l'assicurazione in generale;
- le richieste di risarcimento e le circostanze che fossero già note all'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se mai denunciate a precedenti Assicuratori;
- i Sinistri relativi ad Atti Illeciti posti in essere prima del Periodo di Retroattività;
- le responsabilità e i danni derivanti dallo svolgimento di Attività che non siano espressamente indicate nell'oggetto della garanzia e dichiarate nella scheda di polizza;

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a. i danni derivanti da "atti invasivi diagnostici e terapeutici", come indicati nelle Definizioni di Polizza, salvo quanto previsto nell'Art 1 Oggetto dell'Assicurazione – Responsabilità Civile Professionale;
- b. i danni derivanti da "Piccoli Interventi Chirurgici" come indicati nelle Definizioni di Polizza, salvo quanto previsto nell'Art 1 Oggetto dell'Assicurazione – Responsabilità Civile Professionale;
- c. i danni derivanti da "Interventi Chirurgici" come indicati nelle Definizioni di Polizza;
- d. i danni derivanti da implantologia dentale come indicati nelle Definizioni di Polizza;
- e. gli eventuali danni dei quali l'Assicurato, pur non essendone legalmente responsabile, si sia accollato il risarcimento in forza di clausole od impegni inseriti in contratti od accordi da lui sottoscritti od accettati;

- f. le spese da chiunque sostenute in sede extragiudiziale per ricerche ed indagini volte ad accertare le cause del danno, salvo che dette ricerche, indagini e spese siano state preventivamente autorizzate dalla Società;
- g. i danni, di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene e gassose; infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture;
- h. i danni derivanti e/o causati direttamente o indirettamente a seguito di ingestione, inalazione, assorbimento od esposizione ad amianto, silice e piombo in qualsiasi forma (fibre, polveri, vernici) usati e/o detenuti nei processi produttivi e di lavorazione;
- i. i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive, o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- j. i danni di natura sanzionatoria, quali "punitive or exemplary damages", come definiti nella giurisdizione americana o multe convenzionali, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato;
- k. i danni derivanti da campi elettromagnetici (Electromagnetic Fields EMF) e da onde elettromagnetiche (Electromagnetic Radiation EMR);
- l. i danni alle cose che l'Assicurato abbia in consegna e/o custodia, i danni alle cose che costituiscano strumento di lavorazione, alle cose che, in tutto o in parte, sono oggetto di lavorazione, nonché quelli resi necessari per l'esecuzione dei lavori. Sono esclusi i danni agli immobili nonché alle cose utilizzate o detenute a titolo di locazione finanziaria;
- m. i danni da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida/gelatinosa;
- n. danni da attività di sperimentazione ("clinical Trials") e controllo sulla stessa da parte di Comitati Etici, salvo che non sia presente la polizza relativa alla sperimentazione. In tal caso la presente polizza opererà a secondo rischio;
- o. i danni che siano imputabili ad assenza, insufficienza, inadeguatezza o inidoneità del consenso informato;
- p. i danni derivanti da violazione dell'obbligo del segreto professionale, da ingiuria o diffamazione;
- q. i danni derivanti da rapporti contrattuali diversi da quello ordinario esistente tra Medico e paziente;
- r. i danni che abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività professionale di Medico, oppure abbiano origine o siano connesse con l'esercizio di tutte le funzioni relative alla carica di Direttore Sanitario, Dirigente di II livello o di Primario, ferma restando la copertura per la loro attività di carattere medico;
- s. le richieste di risarcimento avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali;
- t. le prestazioni di natura meramente estetica e i danni che ne conseguono.
- u. le perdite patrimoniali conseguenti a:
 - impegni pattizi ulteriori rispetto agli obblighi derivanti dalle leggi vigenti in relazione all'attività prestata;
 - perdita, distruzione, deterioramento di atti, documenti o titoli;
 - furto;
 - comminazione di multe, ammende, sanzioni amministrative e fiscali;
 - a rischi collegati al D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni.
- v. I danni derivanti dallo svolgimento delle attività di (biotecnologia), di manipolazione e/o ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiale e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (OGM).

Sono altresì escluse dall'assicurazione le richieste di risarcimento:

- w. in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga radiato dall'Albo, o in relazione a fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di sospensione dall'Albo;
- x. i danni provocati da molestie e/o abusi sessuali, morali o psico-fisici.

Art. 7 - FRANCHIGIA FISSA

Limitatamente ai danni a cose l'assicurazione si intende operante previa applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 100,00 per ciascun sinistro.

Art. 8 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la responsabilità civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 9 - DENUNCIA DEI SINISTRI

L'Assicurato deve fare denuncia scritta alla Società di ciascun Sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza in forma scritta.

Tale denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per la Società. Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al Sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Nel periodo di validità del contratto, **l'Assicurato è tenuto a denunciare ogni fatto o circostanza, da cui possano presumibilmente derivare danni indennizzabili da questa Assicurazione.** Tale notifica, se debitamente accompagnata dalle precisazioni necessarie e opportune, sarà a tutti gli effetti trattata come Sinistro verificatosi e regolarmente denunciato durante il Periodo di Assicurazione.

Si richiama quanto disposto dall'articolo 2 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, in caso di coesistenza di altre assicurazioni. Senza il previo consenso scritto della Società, **l'Assicurato non deve ammettere sue responsabilità, definire o liquidare Danni e Perdite Patrimoniali, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.**

Art. 10 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente/Assicurato, designando ove occorra legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro il Contraente/Assicurato **entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nella Scheda di polizza per il danno cui si riferisce la domanda.** Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Contraente/Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. **La Società non riconosce peraltro spese incontrate dal Contraente per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.**

Art. 11 - SANZIONI

Se, in virtù di qualsiasi legge o regolamento applicabile alla Società, alla sua capogruppo o alla sua controllante al momento della decorrenza della presente Polizza o in qualsiasi momento successivo, dovesse risultare illecito fornire copertura all'Assicurato in conseguenza di un embargo o di altra sanzione applicabile, la Società, la sua capogruppo o la sua controllante, non potrà fornire alcuna copertura né assumere alcun obbligo, né fornire alcuna difesa all'Assicurato o disporre alcun pagamento (anche per costi di difesa), né garantire alcuna forma di Indennizzo in favore dell'Assicurato, nella misura in cui ciò costituisse violazione della suddetta sanzione o embargo.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

valide ed operanti se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza, purché pertinenti con l'attività esercitata, e se corrisposto il relativo premio, ove previsto

Uno. ATTI INVASIVI, DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI

A parziale deroga dell'art. 6 – Esclusioni – lett. a) l'assicurazione comprende i danni derivanti da atti invasivi, diagnostici e/o terapeutici, intendendosi per tali **esclusivamente** gli atti medici praticati **senza accesso a sala operatoria e/o senza ricorso ad anestesia totale e/o spinale**, inclusi gli atti medici praticati mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Due. PICCOLI INTERVENTI CHIRURGICI

A deroga dell'art. 6 – Esclusioni – lett. b) l'assicurazione comprende i danni derivanti da "Piccoli interventi chirurgici" come indicati nelle Definizioni di Polizza.

Tre. IMPLANTOLOGIA DENTALE

A deroga dell'art. 6 – Esclusioni – lett. d) l'assicurazione comprende i danni conseguenti ad interventi di implantologia dentale. Tale estensione di garanzia è prestata con uno scoperto a carico dell'Assicurato del 10% dell'importo di ogni sinistro con il minimo di Euro 2.500,00 e comunque con esclusione della garanzia delle eventuali pretese per mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

Quattro. SECONDO RISCHIO

Qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del contratto, scelga l'Assicurazione nella forma "a secondo rischio" **le garanzie tutte della presente polizza operano esclusivamente in eccesso al massimale previsto dalla polizza di primo rischio prestata dalla compagnia indicata nella Scheda di Polizza. In caso di inoperatività per qualsiasi motivo della polizza di primo rischio, anche per mancato pagamento, disdetta e/o esaurimento del massimale, le garanzie tutte della presente polizza opereranno con una franchigia per sinistro di Euro 1.000.000,00.**

Cinque. SPECIALIZZANDI

Qualora l'Assicurato, al momento della sottoscrizione del contratto, non abbia ancora conseguito titolo di specializzazione abilitativo alla professione di riferimento prevista nella scheda di polizza e/o stia svolgendo tirocinio formativo, viene a tutti gli effetti considerato "specializzando" o "tirocinante" e viene garantita la copertura garanzia per la Responsabilità Civile Professionale a copertura della attività professionali svolte purché compatibili, ai sensi di legge, con la formazione a tempo pieno e purché lo Specializzando abbia adempiuto a tutte le condizioni di esercizio imposte dalle leggi dalla normativa applicabile.

Resta inteso che se il conseguimento avvenga in corso di contratto, l'Assicurato è tenuto a dare darne tempestiva comunicazione alla Società la quale si riserva di valutare il mutamento del rischio intervenuto".

Sei. CODICI BIANCHI E/O VERDI ALLA DIMISSIONE

L'Assicurazione comprende anche l'attività di medico pediatra svolta (in forza di specifici accordi decentrati, discendenti dall'ACN vigente che regola i rapporti tra il SSN e i medici pediatri di libera scelta) su pazienti ad esso indirizzati e valutati come "codici bianchi" e/o "codici verdi" all'interno del Dipartimento Emergenza e Accettazione – Punto di primo soccorso ospedaliero. Tale valutazione si basa "sulla funzione di triage svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio" secondo le linee guida sul triage, pubblicate ad origine in G. U. il 17 marzo 1996 in applicazione del DPR 27 marzo 1992 e s. m. i., e relativamente a pazienti che possono attendere la valutazione medica senza correre alcun rischio. Ai fini della presente copertura, si precisa che si intendono escluse le seguenti tipologie di accesso, anche se definite come codici bianchi, dicasi uguale per i codici verdi:

1. esitati con proposta di ricovero in ospedale;
2. che abbiano determinato una sosta in Osservazione Breve Intensiva di durata superiore a 4 ore;
3. conseguenti a traumatismi che abbiano determinato una frattura, una lussazione, una ferita che abbia richiesto sutura o applicazione di colla biologica o una distorsione che abbia richiesto applicazione di apparecchio gessato;
4. conseguenti a ustioni di I grado di estensione superiore al 18% della superficie corporea o ad ustioni di maggiore gravità;
5. conseguenti a ingestione/inalazione di corpo estraneo che richieda estrazione strumentale;
6. conseguenti a intossicazione acuta, limitatamente ai casi rientranti nelle ipotesi 1 o 2 del presente elenco;
7. che abbiano rilevato condizioni di rischio legate allo stato di gravidanza;
8. derivanti dall'invio in Pronto Soccorso da parte del Pediatra di Libera Scelta e/o dal medico di Continuità Assistenziale con una esplicita richiesta di ricovero ospedaliero e come tali sostitutive di un ricovero evitabile;
9. vittime di eventi riconducibili ai reati di cui ai seguenti articoli del Codice Penale: 571 (abuso dei mezzi di correzione e disciplina), 572 (maltrattamenti contro familiari e conviventi), 583-bis (Pratiche di mutilazione degli organi genitali), 609-bis (Violenza sessuale), 612-bis (Atti persecutori), limitatamente al primo accesso avvenuto nell'imminenza dei fatti;
10. complicanza di un intervento chirurgico eseguito entro i 30 giorni antecedenti la data dell'accesso, esclusivamente nei casi in cui non sia possibile l'accesso diretto del paziente al reparto che ha eseguito l'intervento ed esclusi i casi in cui l'accesso avvenga in difformità rispetto alle indicazioni fornite dallo specialista consultato dal paziente.

L'assicurazione opera purché l'Assicurato/Contraente disponga delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività assicurata e che i danni non siano riconducibili alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge o dei regolamenti.

Sette. CONSENSO INFORMATO (valido esclusivamente per Pediatri di libera scelta)

A parziale deroga dell'Art. 6 - Esclusioni - lett. o) della Sezione I, l'assicurazione si intende estesa alla responsabilità civile derivante al Contraente/Assicurato, in conseguenza di una incompleta informazione rilasciata al paziente in sede di acquisizione del consenso informato. La presente estensione si intende prestata nell'ambito del massimale di Responsabilità Civile Professionale con il sottolimito per sinistro e per anno assicurativo di Euro 750.000,00 e previa applicazione per ciascun sinistro di uno scoperto del 10% con il minimo di Euro 1.500,00

Otto. MEDICO DEL LAVORO – MEDICO COMPETENTE ai sensi del D.Lgs. n. 81 del 09/04/2008 e s.m.i.

A parziale deroga dell'Art. 6 - Esclusioni - della Sezione I, l'ultimo punto della lett. v) relativo ai **“rischi collegati al D. Lgs. N. 81 del 9/4/2008 e successive loro modificazioni e/o integrazioni”** si intende abrogato.

L'assicurazione si intende estesa alle perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi nello svolgimento delle funzioni di medico competente ai sensi del D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche. Si intendono comprese multe ed ammende comminate a terzi.

L'assicurazione è operante a condizione che:

- 1) il professionista sia in possesso dei requisiti richiesti per ricoprire tale incarico;
- 2) l'attività non sia svolta per persone fisiche o giuridiche di cui l'Assicurato sia socio a responsabilità illimitata, amministratore o dipendente.

L'assicurazione non è operante:

- 1) per le spese affrontate dal committente per modifiche, sostituzioni, rifacimenti, migliorie resi necessari dall'inadeguatezza degli interventi indicati dall'Assicurato;
- 2) per la consapevole inosservanza delle norme previste in ordine alla prevenzione e protezione previste dalla legge.

L'assicurazione opera per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato con esclusione di ogni responsabilità che gli possa derivare in via solidale dal rapporto con gli altri professionisti o dal rapporto con il committente. L'assicurazione viene prestata nell'ambito del sottolimito e con l'applicazione dello scoperto e minimo previsti in polizza per le perdite patrimoniali - Art. 1) Oggetto dell'Assicurazione ultimo comma.

Nove. ESTENSIONE COVID 19

In considerazione della attuale situazione di emergenza sanitaria la Società, allo scopo di favorire le politiche di contrasto all'epidemia Covid-19, dichiara di estendere senza costi aggiuntivi e quindi senza nessun aumento del premio, sino alla cessazione dell'emergenza sanitaria, la copertura della garanzia di responsabilità civile professionale, allo svolgimento di attività di pronto soccorso e di medicina d'urgenza prestate in ragione della suddetta emergenza, con riferimento alle sole attività inerenti la cura del Covid-19, compresa le campagne di vaccinazione.

Sezione II

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E PRESTATORI DI LAVORO/CONDUZIONE STUDIO MEDICO

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE – RCT RCO

A) ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi da lui stesso o da persone delle quali debba rispondere per lesioni personali e/o per danni a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio e alla conduzione del locale adibito a studio medico. L'assicurazione vale inoltre **per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere a termini di legge.**

B) Assicurazione della responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.)

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare (capitali, interessi e spese), quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti da prestatori di lavoro addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione:

- ai sensi delle disposizioni di legge disciplinanti le azioni di regresso o surroga esperite dall'INAIL;
- ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente alinea cagionati ai prestatori di lavoro per lesioni personali.

L'assicurazione è efficace **alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge**; qualora tuttavia l'irregolarità derivi da comprovate inesatte o erronee interpretazioni delle norme di legge vigenti in materia, l'assicurazione conserva la propria validità. **Resta inteso che l'onere della prova circa l'inesatta o erronea interpretazione è a carico dell'Assicurato.**

L'assicurazione di cui alle lettere A) e B) di cui sopra vale anche per le azioni esperite dall'INPS ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12/06/1984 n. 222 e successive modifiche od integrazioni

Art. 2 - VALIDITA' TEMPORALE DELL'ASSICURAZIONE RCT/O

L'assicurazione è valida per i danni (lesioni personali a terzi e/o a prestatori di lavoro nonché danni a cose di terzi) verificatisi durante il periodo di efficacia della polizza.

Art. 3 - NOVERO DEI TERZI

Ai fini dell'assicurazione RCT non sono considerati "terzi":

- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;
- quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);
- i prestatori di lavoro che subiscono il danno in occasione di lavoro o di servizio poiché per gli stessi si applica la sola copertura R.C.O. di cui alla lettera B) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.

Art. 4 - ESCLUSIONI

Danni esclusi dall'assicurazione R.C.T./O.:

- i danni la cui copertura assicurativa è regolata dal D.Lgs. 209/2005 nella parte relativa all'Assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché i danni che possono derivare dalla proprietà, possesso, circolazione od uso di qualsiasi aeromobile o natante;
- i danni da spargimento di acque o rigurgito di fogne, salvo che si tratti di rottura accidentale di tubazioni o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
- i danni cagionati alle cose in consegna e custodia, trainate, sollevate, caricate, scaricate trasportate;
- i danni cagionati da prodotti o cose in genere dopo la consegna a terzi;
- i danni alle cose e/o opere in costruzione ed a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- i danni cagionati da opere o installazioni in genere dopo la consegna a terzi o, qualora si tratti di installazione, riparazione o manutenzione, quelli non avvenuti durante il periodo di esecuzione dei lavori.
- i danni cagionati a fabbricati od immobili o cose in genere da cedimento o franamento di terreno, nonché quelli cagionati da lavori per sottomurature o con uso di battipali e simili;
- i danni cagionati a condutture ed impianti sotterranei in genere;

- i. i danni a mezzi marittimi, aerei e relative strutture ed attrezzature portuali ed aeroportuali, anche a seguito di operazioni di carico e/o scarico. Si intendono altresì esclusi la proprietà e conduzione di terminal marittimi, piattaforme off shore, bettoline e simili.
- j. gli eventuali danni dei quali l'Assicurato, pur non essendone legalmente responsabile, si sia accollato il risarcimento in forza di clausole od impegni inseriti in contratti od accordi da lui sottoscritti od accettati; multe, ammende e penalità in genere da chiunque sostenute;
- k. le spese da chiunque sostenute in sede extragiudiziale per ricerche ed indagini volte ad accertare le cause del danno, salvo che dette ricerche, indagini e spese siano state preventivamente autorizzate dalla Società;
- l. i danni da furto;
- m. i danni, di qualsiasi natura e da qualsiasi causa determinati, conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene e gassose; infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture; interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua; alterazione o impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- n. i danni derivanti e/o causati direttamente o indirettamente a seguito di ingestione, inalazione, assorbimento od esposizione ad amianto, silice e piombo in qualsiasi forma (fibre, polveri, vernici) usati e/o detenuti nei processi produttivi e di lavorazione;
- o. i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- p. i danni derivanti dalla detenzione e/o impiego di esplosivi;
- q. i danni derivanti da diossina e/o da qualsiasi sostanza cancerogena;
- r. le richieste di risarcimento avanzate da persone o entità legali o governative verso le quali sono operative sanzioni economiche o misure restrittive imposte da enti governativi o organismi internazionali;
- s. i danni di natura sanzionatoria, quali "punitive or exemplary damages", come definiti nella giurisdizione americana o multe convenzionali;
- t. i danni derivanti da campi elettromagnetici (Electromagnetic Fields EMF) e da onde elettromagnetiche (Electromagnetic Radiation EMR);
- u. i danni derivanti da atti di guerra e/o terrorismo;
- v. i danni cagionati a terzi a seguito di incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute;
- w. i danni da interruzioni o sospensioni totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

Art. 5 - FRANCHIGIA FISSA

Salvo per i casi in cui sia prevista una franchigia superiore, l'assicurazione viene prestata con applicazione delle seguenti franchigie:

- L'assicurazione **R.C.T.** è prestata con applicazione della franchigia, fissa ed assoluta, di € 1.000,00 per sinistro, per i soli danni a cose.
- L'assicurazione **R.C.O.** è prestata con l'applicazione della franchigia di € 2.500,00 per ogni prestatore di lavoro infortunato.

Art. 6 - RESPONSABILITÀ SOLIDALE

L'assicurazione è valida soltanto per la responsabilità civile dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso, con espressa esclusione della quota di pertinenza di terzi, anche in via provvisoria.

Art. 7 - DENUNCIA DEI SINISTRI

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono:

Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi (RCT)

- a. esporre nella denuncia la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro;
- b. far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari o amministrativi relativi al sinistro, adoperandosi per l'acquisizione degli elementi di difesa nonché, se la Società lo richiede, per un componimento amichevole;

Agli effetti dell'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO) il Contraente/Assicurato devono denunciare soltanto i sinistri:

- che abbiano causato morte o per i quali venga superata (anche per successive proroghe) una prognosi per inabilità temporanea di 40 giorni, o
- per i quali abbia luogo inchiesta dell'Autorità Giudiziaria, o
- per i quali gli pervengano richieste di risarcimento.

In questi casi i sinistri dovranno essere denunciati entro 30 giorni da quando il Contraente/Assicurato ne abbia avuto conoscenza per iscritto.

L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 8 - GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente/Assicurato, designando ove occorra legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro il Contraente/Assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nella Scheda di polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Contraente/Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. **La Società non riconosce peraltro spese incontrate dal Contraente per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.**

Sezione III

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ALL RISK DANNI DIRETTI

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, purché non diversamente previsto dalle singole clausole, indennizza nella forma “a primo rischio assoluto” i danni materiali e diretti nonché i danni consequenziali cagionati alle cose assicurate da un evento improvviso e accidentale, qualunque ne sia la causa, salvo solo quanto espressamente escluso all'ART. 3- Cose e Rischi esclusi dall'Assicurazione, della presente Sezione.

L'assicurazione è prestata per le seguenti partite (verranno riportate le sole partite richiamate nella “Scheda di polizza”):

- Fabbricato
- Rischio Locativo (alternativa alla partita Fabbricato)
- Contenuto (costituito da “Arredamento e attrezzature” e “Cose Particolari”);
- Apparecchiature elettriche ed elettroniche;
- Ricorso terzi;
- Furto del Contenuto e delle Apparecchiature elettriche ed elettroniche.

Art. 2 -PARTITE, SOMME ASSICURATE, LIMITI D'INDENNIZZO, SCOPERTI E FRANCHIGIE

La presente sezione di polizza è prestata esclusivamente per le partite e somme assicurate indicate nella relativa “Scheda di polizza”.

Le garanzie di polizza sono prestate con limiti d'indennizzo, gli scoperti e le franchigie di seguito indicate:

GARANZIE	Scoperti e Franchigie	Limiti di indennizzo per sinistro e anno
Acqua condotta	€ 150,00	-----
Fenomeno elettrico ed elettronico	€ 250,00	€ 1.000,00
Guasti accidentali ad apparecchiature elettroniche	€ 150,00	-----
Rigurgito di fogne, intasamento gronde e pluviali	€ 150,00	-----
Scioperi tumulti sommosse	€ 250,00	-----
Spese di demolizione e sgombero	----	€ 5.000,00
Spese di rimozione e ricollocamento	----	€ 5.000,00
Furto e Rapina (Art. 19, punti 1 e 5)	Scoperto 20% <u>in presenza di mezzi di chiusura insufficienti</u>	€ 12.500,00
Denaro titoli e valori (Art. 19, punto 6)	----	€ 1.000,00
Guasti Cagionati dai Ladri (Art. 19, punto 9)	----	€ 1.500,00

Art. 3 -COSE E RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

Sono esclusi i danni:

a) Subiti da:

1. cose o parti di esse, in fase di costruzione, montaggio, smontaggio e/o collaudo;
2. strade, sentieri, gallerie, miniere, ponti, strade ferrate, binari, piste di atterraggio, bacini artificiali e non, dighe e condotte, pozzi, tunnel, oleodotti, gasdotti, offshore property, argini, banchine, pontili, moli e piattaforme in genere;
3. cose in genere durante il trasporto e/o trasferimento e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata in polizza;
4. merci se già caricate a bordo di mezzi di trasporto di terzi;
5. terreni, boschi, alberi, vegetazione, coltivazioni ed animali in genere;
6. aeromobili, velivoli spaziali, natanti, veicoli iscritti al P.R.A. e/o soggetti alla legge 990 e s.m.i., mezzi di trasporto a fune o su rotaie;
7. monete, titoli di credito, di pegno e, qualsiasi carta rappresentante un valore in genere;
8. archivi e simili;
9. modelli, stampi e simili;
10. supporti dati schede, per elaboratori e calcolatori elettronici, ma limitatamente ai sinistri di rottura, scondizionamento, anormale funzionamento, fenomeni elettrici di qualsiasi natura;
11. collezioni in genere, pietre e metalli preziosi, e cose aventi valore artistico (fatto salvo quelle di valore singolo inferiore ad Euro 5.000,00);

12. merci per mancata o anormale refrigerazione, surgelazione, climatizzazione, essiccazione, cottura;

13. cose in leasing se ed in quanto già assicurate da altre polizze;

14. baracche in legno e/o plastica, capannoni pressostatici e simili e al loro contenuto;

b) Causati:

1. con dolo dell'Assicurato e/o del Contraente e/o degli Amministratori;

2. da difetti noti all'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza;

3. da rotture, fenomeni e guasti meccanici ed elettrici in genere, scondizionamento, anormale funzionamento, errori di collaudo e/o di montaggio e smontaggio;

4. da errori di progettazione, errori di lavorazione che influiscono direttamente o indirettamente sulla qualità, quantità, titolo delle merci in produzione o già prodotte;

5. da cose o parti di esse, in fase di costruzione, montaggio, smontaggio e/o collaudo;

6. da franamento, cedimento o smottamento del terreno, da crollo o collasso di fabbricati, da assestamento, restringimento o espansione di fondamenta, pareti, pavimenti, solai, tetti;

7. da eventi atmosferici a beni all'aperto non fissi per destinazione;

8. da eventi atmosferici a fabbricati aperti da uno o più lati o incompleti nelle coperture, a coperture in lastre di cemento-amianto, tettoie, baracche e/o costruzioni in legno o plastica, capannoni pressostatici, e quanto in essi contenuto;

9. da eventi atmosferici a camini, cavi aerei, insegne, vetrate, lucernari anche di plastica;

10. da interruzione di reazioni termiche o isotermiche che danneggino le merci in lavorazione a meno che non provocate da eventi non altrimenti esclusi;

11. da mancanza di energia elettrica, termica o idraulica, mancato o anormale funzionamento di apparecchiature elettroniche, di impianti di riscaldamento o di condizionamento, da colaggio o da fuoriuscita di liquidi infiammabili, da fuoriuscita di materiale fuso, a meno che questi eventi non siano diretta conseguenza di un sinistro, indennizzabile a termini della presente polizza, che abbia colpito le cose assicurate.

c) Verificatisi in occasione di:

1. tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato, atti vandalici o dolosi, atti di guerra civile e non, di serrata, di insurrezione, di ammutinamento, di usurpazione di potere, di requisizione, di nazionalizzazione, sequestro, confisca, di occupazione militare, di invasione, salvo che l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;

Sono altresì esclusi i danni, le perdite, i costi e le spese di qualsiasi natura direttamente od indirettamente riconducibili a qualsiasi azione presa per controllare, prevenire, reprimere o, a qualsiasi titolo, per contrastare un atto di terrorismo.

2. esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;

3. terremoti, eruzioni vulcaniche, bradisismo, fenomeni tellurici;

4. valanghe, slavine e pressione del carico di neve;

5. alluvioni, inondazioni, allagamenti;

6. mareggiate e penetrazione di acqua marina;

d) Sono sempre e comunque esclusi:

1. i danni di furto, rapina, infedeltà dei dipendenti, estorsione, ammanchi in genere, smarrimento, saccheggio (salvo quanto previsto dalla condizione di cui all'Art. 19 – Furto, in caso di operatività della stessa);

2. i danni di corrosione, incrostazione, logorio, usura, ossidazione, ruggine, deterioramento, mutamento di temperatura atmosferica o ambientale naturale e non, vizio di prodotto, contaminazione (esclusi i danni provocati da fumi e gas causati da incendio, scoppio, esplosione che abbiano colpito le cose assicurate), stillicidio, umidità atmosferiche e non, smog, marcescenza in genere, fermentazione, evaporazione, perdita di peso, restringimento, alterazione di colore, sapore, consistenza o finitura, cambio di qualità, termiti, insetti, vermi, roditori, salvo che ne derivi altro danno indennizzabile ai sensi della presente polizza;

3. i danni da eventi per i quali deve rispondere, in forza della garanzia prevista per legge o per contratto, il costruttore o il fornitore;

4. i danni conseguenti ad ordinanze impartite dall'Autorità costituita concernenti costruzioni, riparazioni, rimpiazzi, demolizioni di cose non danneggiate nonché confische o requisizioni in genere;

5. i danni da inquinamento in genere sia graduale che accidentale e le relative spese di decontaminazione, disinquinamento e risanamento delle cose assicurate, delle acque, dell'aria e del terreno;

6. i danni da o riconducibili a smagnetizzazione, errata registrazione o cancellazione di dati;

7. i danni o le perdite consequenziali direttamente o indirettamente causati, costituiti o derivanti da:

a) funzionamento o malfunzionamento di Internet o di sistema analogo, o di qualsiasi intranet o rete privata o sistema analogo;

b) deterioramento, distruzione, distorsione, cancellazione o altri danni o perdite relativamente a dati, software o qualsiasi genere di programmazione o repertorio di istruzioni;

c) perdita totale o parziale dell'uso o della funzionalità di dati, codifiche, programmi, software, computer o sistema informatico o altro dispositivo basato su qualsiasi microchip o logica integrata, e qualsiasi conseguente incapacità o impossibilità dell'Assicurato di svolgere l'attività.

Restano invece compresi i danni o le perdite consequenziali, non altrimenti esclusi, derivanti da un Rischio Definito.

Per Rischio Definito si intende: incendio, fulmine, esplosione, caduta di aeromobili, fumo, collisione di veicoli, bufera di vento o tempesta.

La presente clausola non incrementa né estende la copertura prevista dalla presente polizza.

I danni o le perdite consequenziali di cui ai suddetti punti A, B e C sono esclusi dall'indennizzo, a prescindere da ogni altra causa che vi abbia contribuito contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza temporale.

Art. 4 - CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER LA SEZIONE III – SEMPRE OPERANTI E IN DEROGA ALL'ART. 3) COSE E RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

a. NON SOGGETTE ALL'APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E/O DEL LIMITE DI INDENNIZZO RIPORTATI ALL'ART. 2)

RICORSO TERZI:

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale convenuto, delle somme che egli sia tenuto a corrispondere per capitale, interessi e spese - quale civilmente responsabile ai sensi di legge - per danni materiali diretti cagionati alle cose di terzi da sinistro indennizzabile a termini di polizza.

Ai soli fini della presente garanzia il sinistro si considera indennizzabile anche se causato da colpa grave dell'Assicurato.

L'assicurazione è estesa ai danni derivanti da interruzioni o sospensioni - totali o parziali - dall'utilizzo di beni, nonché di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, entro il massimale stabilito e sino alla concorrenza del 10% del massimale stesso.

L'assicurazione non comprende i danni:

1. a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, salvo i veicoli dei dipendenti dell'Assicurato ed i mezzi di trasporto sotto carico e scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni, nonché le cose sugli stessi mezzi trasportate;
2. di qualsiasi natura conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo.

Non sono comunque considerati terzi:

- il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché ogni altro parente e/o affine se con lui convivente; quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto precedente;
- le Società le quali rispetto all'Assicurato, che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'articolo 2359 C.C. nel testo di cui alla legge 7 giugno 1974 n. 216, nonché gli amministratori delle medesime.

L'assicurato deve immediatamente informare la Società delle procedure civili o penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili alla difesa e la Società avrà facoltà di assumere la direzione della causa e la difesa dell'Assicurato.

L'assicurato deve astenersi da qualunque transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il consenso della Società. Quanto alle spese giudiziali si applica l'art. 1917 del Codice Civile.

PARIFICAZIONE A DANNI DA INCENDIO

Fermo quanto stabilito dalle Condizioni Generali di Assicurazione sono parificati a danni di incendio, oltre i guasti fatti per ordine delle Autorità, anche quelli prodotti dall'Assicurato o da terzi allo scopo di impedire o di arrestare l'incendio.

ARCHIVI, MODELLI E STAMPI

A parziale deroga dell'Art. 3 -Cose e rischi esclusi dall'assicurazione, sono compresi nell'assicurazione, archivi, documenti, disegni, registri, microfilm, fotocolor, schede, dischi, materiale meccanografico, nonché modelli e stampi.

Relativamente a tali cose, la Società indennizza il solo costo di riparazione o di ricostruzione ridotto in relazione allo stato, uso e utilizzabilità delle cose medesime, escluso qualsiasi riferimento a valore di affezione od artistico o scientifico.

L'indennizzo verrà corrisposto dalla Società soltanto dopo che le cose distrutte o danneggiate saranno state riparate o ricostruite.

b. SOGGETTE ALL'APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E/O DEL LIMITE DI INDENNIZZO RISPETTIVAMENTE RIPORTATI ALL'ART. 2)

ACQUA CONDOTTA

Relativamente ai danni materiali e diretti causati agli enti assicurati da fuoriuscita di acqua a seguito di rottura accidentale di impianti idrici, igienici, tecnologici e tubazioni in genere al servizio dei fabbricati e funzionali all'attività, esistenti nei fabbricati assicurati o contenenti gli enti medesimi, la Società non risponde:

- i. dei danni causati da umidità, stillicidio, traboccamento o rigurgito di fognature, gelo, rottura degli impianti automatici di estinzione;
- ii. agli enti la cui base è posta ad altezza inferiore a 12 cm dal pavimento
- iii. delle spese sostenute per la ricerca della rottura e per la sua riparazione.

FENOMENO ELETTRICO ED ELETTRONICO

La Società risponde dei danni materiali e diretti di fenomeno elettrico a macchine ed impianti elettrici, apparecchi e circuiti compresi, per effetto di correnti, scariche ed altri fenomeni elettrici da qualsiasi motivo occasionati.

Sono altresì indennizzabili i danni a macchine ed impianti aventi componentistica elettronica di controllo e/o comando, escluso comunque i calcolatori, elaboratori elettronici e loro terminali se non connessi a tali macchinari e non afferenti il ciclo produttivo, facenti parte dei laboratori e del centro di elaborazione dell'Azienda nonché le macchine elettrocontabili d'ufficio in genere.

La Società non risponde dei danni dovuti a difetti noti all'Assicurato e quelli dei quali deve rispondere, per legge o contratto, il costruttore, il fornitore o riconducibili ad una carenza di manutenzione nonché dei danni la cui causa sia normalmente compresa nei contratti di assistenza tecnica per quanto concerne la componentistica elettronica.

GUASTI ACCIDENTALI AD APPARECCHIATURE ELETTRONICHE

La Società si obbliga ad indennizzare i guasti accidentali ad apparecchiature elettroniche, collaudate e pronte per l'uso cui sono destinate:

Sono esclusi i danni:

- i. Per i quali deve rispondere per legge o per contratto il costruttore, venditore, locatore o fornitore delle cose assicurate;
- ii. Verificatisi in conseguenza di montaggio e smontaggio non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione nonché i danni verificatisi in occasione di trasporti e trasferimenti e relative operazioni di carico e scarico al di fuori dell'ubicazione indicata in polizza;
- iii. Dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione e l'esercizio indicate dal costruttore e/o fornitore delle cose assicurate;
- iv. Di natura estetica che non siano connessi con danni indennizzabili;
- v. Attribuiti a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto delle stipulazioni della polizza, indipendentemente dal fatto che la Società ne fosse a conoscenza;
- vi. Ai tubi e valvole elettronici, nonché a lampade ed altre fonti di luce salvo che siano connessi a danni indennizzabili verificatisi anche ad altre parti delle cose assicurate;
- vii. Meccanici ed elettrici, difetti o disturbi di funzionamento nonché danni a moduli e componenti elettronici dell'ente assicurato (ivi compresi i costi di ricerca e l'identificazione di difetti) la cui eliminazione sia prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè:
 - Controlli di funzionalità;
 - Manutenzione preventiva;
 - Eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura;
 - Eliminazione dei danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera) verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di cause esterne; i danni imputabili a variazione di tensione nella rete a monte degli enti assicurati sono indennizzabili a condizione che gli stessi siano alimentati tramite adeguati sistemi di protezione e stabilizzazione e che il danno sia conseguente al danneggiamento di dette apparecchiature.
- viii. Derivanti da errata progettazione.

DANNI ALLE APPARECCHIATURE ELETTRONICHE

Ad integrazione ed a maggior chiarimento, si precisa che si intendono compresi in garanzia tutti i danni causati alle le apparecchiature elettroniche non di processo, intendendosi per tali:

- sistemi di elaborazione elettronica dei dati e relativi supporti ed accessori
- computer, PC, PC portatili, scanner e simili
- fotocopiatrici
- macchine per scrivere e per calcolare elettroniche
- centralini telefonici, impianti telex e/o telefax
- impianti di prevenzione e di allarme
- ed in genere ogni altra macchina elettronica non di processo

Sono pertanto compresi anche – a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) i danni che si manifestassero per effetto di corrente, scariche, sbalzi di tensione o altri fenomeni elettrici od elettronici da qualsiasi motivo occasionati, anche quando si manifestassero sotto forma di abbruciamento, carbonizzazione, surriscaldamento, fusione.
- b) tutti i danni derivanti alle suddette apparecchiature da rotture o guasti originati da cause interne, errori di manovra, errata manipolazione, fenomeni elettrici e simili.

Si intendono tuttavia esclusi i danni la cui eliminazione è prevista dalle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica.

Qualora l'apparecchio non sia dotato di un sistema di protezione contro le sovratensioni sulle reti di alimentazione e trasmissione dati quale un gruppo di continuità e/o scaricatori di sovratensione e/o stabilizzatori di tensione oppure, pur essendo installato, la sovratensione danneggi l'apparecchio senza danneggiare tale sistema di protezione, la Società indennizzerà il danno previa detrazione dello scoperto del 25% con il minimo della franchigia prevista all'Art. 3) - Partite, somme assicurate, limiti d'indennizzo, scoperti e franchigie .

Relativamente agli impianti ed apparecchi elettromedicali ed odontoiatrici sono esclusi dalla garanzia i danni a testate di turbine, utensili ed accessori per trapani e tutte le parti che vengono a contatto con la bocca, salvo che siano conseguenti ad altri danni indennizzabili a termini della presente polizza; sono inoltre esclusi i danni verificatisi in conseguenza di campi di energia.

SUPPORTI DATI

A parziale deroga dell'Art. 3 --Cose e rischi esclusi dall'assicurazione, la Società risponde dei danni materiali e diretti causati a nastri o dischi magnetici, schede perforate od altri supporti di dati, indennizzabili in base alle condizioni tutte della presente polizza.

Per "supporto dati" s'intende il materiale intercambiabile o fisso ad uso memoria di massa per la memorizzazione di informazioni leggibili a macchina.

Per "dati" s'intendono le informazioni logicamente strutturate, elaborabili e modificabili da parte dell'Assicurato a mezzo di programmi.

In caso di danno la Società indennizza i costi necessari ed effettivamente sostenuti per il riacquisto dei supporti di dati intercambiabili distrutti, danneggiati o sottratti nonché per la ricostruzione dei dati ivi contenuti e per quelli elaborati e memorizzati su materiale fisso ad uso memoria di massa.

Sono esclusi i costi derivanti da perdite od alterazione di dati senza danni materiali e diretti a supporti, nonché da cestinatura per svista. Se la ricostituzione non è necessaria o non avviene entro un anno dal sinistro, vengono indennizzate le sole spese per il riacquisto dei supporti di dati privi di informazione.

L'assicurazione è prestata a primo rischio assoluto senza applicazione della regola proporzionale.

In nessun caso la Società indennizzerà somma superiore al limite indicato Art. 2 -Partite, somme assicurate, limiti d'indennizzo, scoperti e franchigie e il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato previa detrazione per singolo sinistro dell'importo indicato ivi indicato.

RIGURGITO DI FOGNE, INTASAMENTO GRONDAIE PLUVIALI

La Società risponde dei danni materiali e diretti subiti dagli enti assicurati per effetto di intasamento di grondaie pluviali, rigurgito e/o trabocco di fogna conseguenti a rottura accidentale, occlusioni di tubazioni e condutture.

Sono esclusi i danni conseguenti ad occlusioni, rigurgito o trabocco della rete fognaria pubblica ed all'arredamento e attrezzature la cui base è posta ad altezza inferiore a 12 cm sul pavimento.

SCIOPERI, TUMULTI E SOMMOSSE, ATTI VANDALICI E DOLOSI

La Società risponde:

- a) dei danni materiali e diretti arrecati agli enti assicurati da incendio, esplosione, scoppio, caduta di aeromobili, loro parti o cose da essi trasportate, verificatisi in conseguenza di scioperi, tumulti popolari e sommosse;
- b) degli altri danni materiali e diretti arrecati agli enti assicurati - anche a mezzo di ordigni esplosivi - da persone (dipendenti o no del Contraente o dell'Assicurato) che prendano parte a tumulti popolari, scioperi o sommosse o che perpetrino, individualmente od in associazione, atti vandalici o dolosi.

A integrazione dell'Art. 2 -Partite, somme assicurate, limiti d'indennizzo, scoperti e franchigie, e limitatamente agli eventi di cui sopra, la Società non indennizza le distruzioni, i guasti o danneggiamenti dovuti a:

- interruzione di processi di lavorazione, o alterazione di prodotti conseguente alla sospensione del lavoro, omissione di controllo o manovra;
- mancata od anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica od idraulica;
- mancato od anormale funzionamento di apparecchiature elettroniche, di impianti di riscaldamento, di condizionamento o di refrigerazione;
- anche se tali circostanze sono conseguenti a incendio, esplosione, scoppio, caduta di aeromobili, loro parti o cose da essi trasportate.

La presente estensione di garanzia, ferme le condizioni sopra richiamate, è operativa anche per i danni avvenuti nel corso di occupazione (non militare) della proprietà in cui si trovano i beni assicurati, con avvertenza che, qualora l'occupazione medesima si protraesse per oltre 5 giorni consecutivi, la Società non risarcirà le distruzioni, i guasti o danneggiamenti di cui al punto b) anche se verificatisi durante il suddetto periodo.

Le spese di demolizione e di sgombero dei residui del sinistro sono assicurate nei limiti previsti dalla polizza.

SPESE DI DEMOLIZIONE E SGOMBERO

La Società risponde delle spese necessarie per demolire, sgomberare e trasportare alla più vicina discarica i residui del sinistro - esclusi comunque sia quelli rientranti nella categoria "tossici e nocivi" ci cui al D.P.R. n. 915/82, e successive modificazioni ed integrazioni, sia quelli radioattivi disciplinati dal D.P.R. n. 185/64, e successive modificazioni ed integrazioni - sino alla concorrenza della somma precisata in polizza.

La presente polizza non copre:

- i costi di rimozione di amianto e materiali contenenti amianto, salvo il caso in cui l'amianto sia stato danneggiato da incendio; fulmine; esplosione e scoppio; caduta di aeromobili, loro parti o cose trasportate; eventi sociopolitici; eventi atmosferici; colaggio da impianti automatici di estinzione, se tali garanzie sono prestate dalla presente polizza.

- i costi di demolizione o i maggiori costi di ricostruzione, riparazione, demolizione e sgombero o mancato utilizzo in applicazione di qualsiasi legge o disposizione delle Autorità in materia di amianto.
- i costi di rimozione di amianto o materiali contenenti amianto non danneggiato anche a seguito di ordinanze o leggi che impongano la rimozione od il trattamento degli stessi.

SPESE DI RIMOZIONE E RICOLLOCAMENTO

La Società risarcisce le spese necessarie per rimuovere, trasportare, conservare e ricollocare macchinario, attrezzature e arredamento (esclusi i costi per demolire fabbricati o loro parti o per smontare macchinari e/o attrezzature illese) qualora tali operazioni fossero indispensabili per eseguire le riparazioni di enti danneggiati in conseguenza di un sinistro sino alla concorrenza della somma indicata in polizza.

EVENTI ATMOSFERICI

La Società risponde dei danni materiali e diretti arrecati agli enti assicurati da eventi atmosferici, quando la violenza che caratterizza detti eventi sia riscontrabile su una pluralità di enti (assicurati o non).

La Società non risponde:

a) dei danni causati da:

- fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o specchi d'acqua naturali od artificiali;
- mareggiate e penetrazione di acqua marina;
- formazione di ruscelli, accumuli esterni di acqua, rotture o rigurgiti dei sistemi di scarico;
- gelo, sovraccarico di neve, ad eccezione della partita Contenuto;
- cedimenti o franamenti del terreno;

ancorché verificatisi a seguito di eventi atmosferici;

b) dei danni di bagnamento che si verificassero all'interno dei fabbricati ed al loro contenuto a meno che arrecati direttamente dalla caduta di pioggia o grandine attraverso rotture, breccie o lesioni provocate al tetto, alle pareti od ai serramenti dalla violenza degli eventi atmosferici di cui alla presente estensione;

c) dei danni subiti da:

- alberi, cespugli, coltivazioni floreali ed agricole in genere;
- recinti, cancelli, gru, cavi aerei, ciminiere e camini, insegne od antenne e simili installazioni esterne;
- enti all'aperto compresi serbatoi ed impianti in genere;
- fabbricati o tettoie aperti da uno o più lati od incompleti nelle coperture o nei serramenti (anche se per temporanee esigenze di ripristino conseguenti o non a sinistro), capannoni pressostatici e simili, baracche in legno o plastica, e quanto in essi contenuto;
- serramenti, vetrate e lucernari in genere;
- lastre in cemento - amianto e manufatti in materia plastica per effetto di grandine.

DENARO, TITOLI E VALORI

A parziale deroga dell'ART. 3 - Cose e Rischi esclusi dall'assicurazione, la garanzia comprende i danni materiali e diretti derivanti da Incendio di denaro, valori, titoli di credito ed in genere qualsiasi carta rappresentante un valore, avvenuto all'interno dei locali indicati in polizza.

Art. 5 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dalla legge ai sensi dell'art. 1914 C.C.
- b) darne avviso alla Società entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 C.C.
- c) eseguire con la dovuta diligenza e permettere che siano eseguiti tutti quegli interventi che siano ragionevolmente attuabili per ridurre al minimo ogni interruzione o intralcio che il sinistro potesse causare all'attività dichiarata;
- d) farne denuncia nel più breve tempo possibile all'Autorità giudiziaria o di Polizia del luogo, se il fatto è causato da dolo di terzi, o, comunque, in caso d'incendio, furto, rapina; nella denuncia dovrà essere indicata la Società, il Broker ed il numero di polizza;
- e) fornire alla Società entro i 5 giorni successivi, una distinta particolareggiata delle cose rubate o danneggiate, con l'indicazione del rispettivo valore, nonché una copia della denuncia fatta all'Autorità;
- f) denunciare inoltre tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire - se la legge lo consente - la procedura di ammortamento; g) adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero delle cose rubate e per la conservazione e la custodia di quelle rimaste, anche se danneggiate.
- g) L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C. Il Contraente o l'Assicurato deve altresì:
- h) conservare le tracce ed i residui del sinistro fino a liquidazione del danno senza avere, per questo, diritto ad indennità alcuna;

- i) tenere a disposizione fino ad avvenuta liquidazione del danno tanto le cose non rubate quanto le tracce e gli indizi materiali del reato, senza avere, per tale titolo, diritto ad indennizzo;
- j) predisporre un elenco dettagliato dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore delle cose distrutte, danneggiate o sottratte, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato delle altre cose assicurate esistenti al momento del sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione i suoi registri, libri, conti, fatture o qualsiasi documento che possa essere richiesto dalla Società o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche, nonché facilitare le indagini e gli accertamenti che si ritenesse opportuno esperire presso terzi.

Art. 6 - ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno o della perdita, dichiara distrutte cose che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette cose salvate o illese, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, altera le tracce o gli indizi materiali del reato, perde il diritto all'indennizzo.

Art. 7 - PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato dalle Parti, direttamente oppure, a richiesta di una di esse, mediante Periti nominati uno dalla Società ed uno dal Contraente con apposito atto unico.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo tra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi.

Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.

Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito, o se i Periti non si accordino sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

Art. 8 - ASSICURAZIONE DEL COSTO DI RICOSTRUZIONE O DI RIMPIAZZO

Premesso che per "valore a nuovo" s'intende convenzionalmente:

- per i fabbricati, la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo di tutto il fabbricato assicurato, escludendo soltanto il valore dell'area;
- per arredamento e attrezzature, "cose particolari", "apparecchiature elettriche ed elettroniche" il costo di rimpiazzo delle cose assicurate con altre nuove eguali oppure equivalenti per rendimento economico ma comunque con altre aventi l'identico stato di diritto di quelle colpite dal sinistro, ivi comprese le spese di trasporto, montaggio e fiscali,

le Parti convengono di stipulare l'assicurazione in base al suddetto "valore a nuovo" alle seguenti condizioni:

1. in caso di sinistro si determina per ogni partita separatamente:
 - a) l'ammontare del danno e della rispettiva indennità come se questa assicurazione "valore a nuovo" non esistesse;
 - b) il supplemento che, aggiunto all'indennità di cui ad a), determina l'indennità complessiva calcolata in base al "valore a nuovo";
2. in caso di coesistenza di più assicurazioni agli effetti della determinazione del supplemento d'indennità si terrà conto della somma complessivamente assicurata dalle assicurazioni stesse;
3. agli effetti dell'indennizzo resta convenuto che in nessun caso potrà comunque essere indennizzato, per ciascun ente o bene assicurato, importo superiore al doppio del relativo valore determinato in base alle stime di cui al successivo art. 9;
4. il pagamento del supplemento d'indennità è eseguito entro trenta giorni da quando è terminata la ricostruzione o il rimpiazzo secondo il preesistente tipo e genere e sulla stessa area nella quale si trovano le cose colpite o su altra area del territorio nazionale se non ne derivi aggravio per l'assicuratore, purché ciò avvenga, salvo comprovata forza maggiore, entro dodici mesi dalla data dell'atto di liquidazione amichevole o del verbale definitivo di perizia;
5. l'assicurazione in base al "valore a nuovo" riguarda soltanto fabbricati, macchinari o impianti di reparti in stato di attività;
6. per quanto non derogato restano ferme le condizioni tutte di polizza.

Art. 9 - VALORE DELLE COSE ASSICURATE E DETERMINAZIONE DEL DANNO.

Premesso che la determinazione del danno viene eseguita separatamente per ogni singola partita della polizza, l'attribuzione del valore che le cose assicurate - illese, danneggiate o distrutte - avevano al momento del sinistro è ottenuta secondo i seguenti criteri:

- i. "Fabbricati" - si stima la spesa necessaria per l'integrale costruzione a nuovo di tutto il fabbricato assicurato, escludendo soltanto il valore dell'area, al netto di un deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, allo stato di conservazione, al modo di costruzione, all'ubicazione, alla destinazione, all'uso ed a ogni altra circostanza concomitante;
- ii. "Arredamento e attrezzature", "cose particolari", "apparecchiature elettriche ed elettroniche" - si stima il costo di rimpiazzo delle cose assicurate con altre nuove od equivalenti per rendimento economico, al netto di un deprezzamento stabilito in relazione al tipo, qualità, funzionalità, rendimento, stato di manutenzione ed ogni altra circostanza concomitante;

L'ammontare del danno si determina:

- per "Fabbricati" - (punto I) - applicando il deprezzamento di cui al punto I alla spesa necessaria per costruire a nuovo le parti distrutte e per riparare quelle soltanto danneggiate e deducendo da tale risultato il valore dei residui;

- per “Arredamento e attrezzature”, “cose particolari”, “apparecchiature elettriche ed elettroniche” - deducendo dal valore delle cose assicurate il valore delle cose illese ed il valore residuo delle cose danneggiate nonché gli oneri fiscali non dovuti all'Erario.

Art. 10 - MANDATO DEI PERITI

I periti devono:

- 1) indagare su circostanze, natura causa e modalità del sinistro;
- 2) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero aggravato il rischio e non fossero state comunicate, nonché verificare se l'Assicurato od il Contraente ha adempiuto agli obblighi di cui all'ART. 5 - Obblighi in caso di sinistro delle C.G.A.;
- 3) verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle cose assicurate, determinando il valore che le cose medesime avevano al momento del sinistro secondo i criteri di valutazione di cui all'ART. 7 - Procedura per la valutazione del danno delle C.G.A.;
- 4) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno comprese le spese di salvataggio, di demolizione e sgombero.

I risultati delle operazioni peritali, concretati dai Periti concordi oppure dalla maggioranza nel caso di perizia collegiale, devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate) da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. I risultati delle valutazioni di cui ai punti 3), 4) sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente all'indennizzabilità dei danni.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.

I periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità.

Art. 11 - LIMITE MASSIMO DELL'INDENNIZZO

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del C.C. per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare una somma maggiore di quella assicurata.

Art. 12 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno come di seguito previsto e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione. Se è stata aperta una procedura giudiziaria sulla causa del sinistro il pagamento sarà fatto solo quando l'Assicurato dimostri che il sinistro stesso non sia stato determinato da dolo dell'Assicurato medesimo o del Contraente o dei suoi Amministratori.

Art. 13 - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

Art. 14 - BUONA FEDE

La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto di risarcimento né riduzione dello stesso, sempreché tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 15 - ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

Art. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per i danni verificatisi nel territorio Italiano.

Art. 17 - SURROGA

La Società è surrogata, ex art. 1916 c.c., per le somme pagate a titolo di risarcimento di Danni e Perdite Patrimoniali e per le spese sostenute, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili. A tal fine il Contraente è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Art. 18 - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA – TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'Assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'Assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. I Terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i Terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa.

L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato o dei Terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di Terzi interessati che dell'Assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto. A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

Si dà atto che ai fini del presente articolo qualora l'Assicurato svolga la sua attività professionale all'interno di uno Studio in presenza di altri professionisti, questi ultimi saranno considerati Terzi.

Art. 19 - RISCHIO LOCATIVO *(condizione valida ed operante solo se espressamente richiamata nella "Scheda di polizza" in alternativa alla Partita "Fabbricato").*

La Società nei casi di responsabilità dell'Assicurato a termini degli artt. 1588, 1589 e 1611 del Codice Civile, risponde, secondo le C.G.A. e le norme di liquidazione da esse previste dei danni diretti e materiali cagionati da un evento improvviso e accidentale, qualunque ne sia la causa, salvo solo quanto espressamente escluso dall'ART. 3 - Cose e Rischi esclusi dall'assicurazione, anche se causati con colpa grave dall'Assicurato medesimo.

Art. 19 - FURTO *(condizione valida ed operante solo se espressamente richiamata nella "Scheda di polizza" e se corrisposto il relativo premio)*

1. Garanzia

A parziale deroga dell'ART. 3 - Cose e Rischi esclusi dall'assicurazione, lettera d) punto 1) la Società indennizza i danni materiali e diretti derivanti dal furto del Contenuto (costituito da "Arredamento e attrezzature" e "Cose Particolari") e delle "Apparecchiature elettriche ed elettroniche", a condizione che l'autore del furto si sia introdotto nei locali contenenti le cose stesse:

- violandone le difese esterne mediante rottura, scasso, uso di grimaldelli o di arnesi simili;
- per via diversa da quella ordinaria, che richieda superamento di ostacoli o di ripari mediante impiego di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale;
- in altro modo, rimanendovi clandestinamente, ed abbia poi asportato la refurtiva a locali chiusi.

Se per le cose assicurate sono previsti in polizza dei mezzi di custodia, la Società è obbligata soltanto se l'autore del furto, dopo essersi introdotto nei locali in uno dei modi sopra indicati, abbia violato tali mezzi come previsto dalla lettera a).

Sono parificati ai danni del furto i guasti causati alle cose assicurate per commettere il furto o per tentare di commetterlo.

2. Esclusioni

Sono esclusi i danni:

- verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o sabotaggio organizzato, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
- verificatisi in occasione di incendi, esplosioni anche nucleari, scoppi, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura, salvo che il Contraente o l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
- agevolati con dolo o colpa grave dal Contraente, dall'Assicurato, dagli Amministratori o dai Soci a responsabilità illimitata;
- commessi od agevolati con dolo o colpa grave da persone del fatto delle quali il Contraente o l'Assicurato deve rispondere, o da incaricati della sorveglianza delle cose stesse o dei locali che le contengono;
- avvenuti a partire dalle ore 24 del quarantacinquesimo giorno se i locali contenenti le cose assicurate rimangono incustoditi per più di 45 giorni consecutivi.
- a gioielli, preziosi, carte valori, titoli di credito in genere e denaro, ed oggetti costituiti anche parzialmente in metallo prezioso.
- indiretti quali profitti sperati, danni del mancato godimento od uso o di altri eventuali pregiudizi;

h) causati alle cose assicurate da incendi, esplosioni o scoppi provocati dall'autore del sinistro;

3. Determinazione dell'ammontare del danno

L'ammontare del danno è dato dal valore che le cose sottratte avevano al momento del sinistro o dal costo di riparazione delle cose danneggiate, col limite del valore che le stesse avevano al momento del sinistro.

4. Riduzione delle somme assicurate a seguito di sinistro

In caso di furto o rapina i limiti di indennizzo alle singole partite si intendono ridotti, con effetto immediato e fino al termine del periodo di assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del danno rispettivamente indennizzabile al netto di eventuali franchigie o scoperti, senza corrispondente restituzione del premio.

5. Rapina

La garanzia è estesa alla rapina, avvenuta nei locali ove sono custodite le cose assicurate, anche quando le persone sulle quali viene fatta violenza o minaccia vengano prelevate dall'esterno e siano costrette a recarsi nei locali stessi.

6. Denaro titoli e valori

A parziale deroga dell'ART. 3 - *Cose e Rischi esclusi dall'assicurazione*, lettera a) punto 7, la garanzia comprende i danni materiali e diretti derivanti da furto o rapina di denaro, valori, titoli di credito ed in genere qualsiasi carta rappresentante un valore, avvenuto all'interno dei locali indicati in polizza.

7. Pagamento dell'indennizzo

A integrazione dell'Art. 12 - *Pagamento dell'Indennizzo - delle C.G.A.*, la Società provvederà al pagamento dell'indennizzo a condizione che dalla documentazione attestante il risultato delle indagini preliminari relative al reato non si evidenzino alcuno dei casi previsti al precedente *punto 2 - Esclusioni della presente Condizione Particolare, lettere c) e d)*.

Inoltre se l'Assicurato è un'impresa soggetta a procedura concorsuale la Società, prima del pagamento, può richiedere:

- l'attestazione del tribunale civile circa la non apertura di procedure di fallimento, concordato preventivo ed altri simili procedure concorsuali;
- il certificato di iscrizione alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura.

8. Mezzi di chiusura dei locali (24/B)

L'assicurazione è prestata alla condizione, essenziale per l'efficacia del contratto, che ogni apertura verso l'esterno dei locali contenenti le cose assicurate, situata in linea verticale a meno di 4 metri dal suolo o da superfici acquee nonché da ripiani accessibili o praticabili, per via ordinaria dall'esterno senza impiego cioè di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale, sia difesa, per tutta la sua estensione da robusti serramenti di legno, materia plastica rigida, vetro antisfondamento, metallo o lega metallica, chiusi con serrature, lucchetti od altri idonei congegni manovrabili esclusivamente dall'interno, oppure protetta da inferriate fisse nel muro. Nelle inferriate e nei serramenti di metallo o lega metallica sono ammesse luci, se rettangolari, di superficie non superiore a 900 cmq. e con lato minore non superiore a 18 cm. oppure, se non rettangolari, di forma inscrivibile nei predetti rettangoli, o di superficie non superiore a 400 cmq.

Negli altri serramenti sono ammessi spioncini o feritoie di superficie non superiore a 100 cmq.

Resta espressamente convenuto fra le Parti che, in caso di sinistro:

▪ se l'introduzione dei locali avviene attraverso mezzi di protezione e chiusura non conformi a quanto previsto nella presente clausola "Mezzi di chiusura dei locali", la Società corrisponderà all'Assicurato l'80% dell'importo liquidato a termini di polizza, restando il 20% rimanente a carico dell'Assicurato stesso;

▪ se l'introduzione dei locali avviene attraverso mezzi di protezione e di chiusura conformi a quanto previsto dalla suddetta Condizione Aggiuntiva "Mezzi di chiusura dei locali", ma viene accertato che altre aperture non erano ugualmente protette, la Società corrisponderà integralmente all'Assicurato l'importo liquidato a termini di polizza.

9. Guasti cagionati dai ladri

L'assicurazione si intende estesa ai guasti cagionati dai ladri alle parti del fabbricato costituenti i locali che contengono le cose assicurate ed agli infissi posti a riparo e protezione degli accessi ed aperture dei locali stessi - ivi comprese eventuali camere di sicurezza e corazzate (esclusi i contenuti) e le rispettive porte - in occasione di furto o rapina consumati o tentati.

Sezione IV

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

L'assicurazione è prestata per le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni che l'Assicurato, identificato nel Certificato di assicurazione, subisca nello svolgimento:

- 1) delle attività esercitate a titolo professionale principali e secondarie, dichiarate nel Certificato di Assicurazione, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse a tali attività incluso il c.d. rischio in itinere come definito e disposto dal D Lgs. n. 38/2000;
- 2) di ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di rischio professionale di cui al punto precedente, purché inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobbies anche se a carattere continuativo, fermo restando quanto specificato in polizza.

Art. 2 - ESTENSIONI DELLA NOZIONE DI INFORTUNIO

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, di cui all'Art. 1 - Definizioni.

Sono altresì considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) l'asfissia per fuga di gas, vapori od esalazioni velenose;
- b) le lesioni causate da scariche elettriche e da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- c) gli avvelenamenti od intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- d) le infezioni od avvelenamenti da punture di insetti e morsi di animali e di rettili **(esclusa la malaria, le malattie tropicali in genere ed altre affezioni di cui gli insetti sono portatori necessari; nonché le conseguenze della puntura di zecca);**
- e) l'avvelenamento del sangue e infezione – **escluso il virus H.I.V. – sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;**
- f) l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore o di freddo e altre influenze termiche ed atmosferiche alle quali l'Assicurato non si sia potuto sottrarre;
- g) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- h) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti e le ernie, con l'intesa che:**
 - qualora l'ernia risulti operabile, non verrà riconosciuto alcun indennizzo;
 - o, qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, **con il limite massimo del 5% dell'Invalidità Permanente totale.** In caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista all'Art. 33 – Pareri medici- Controversie.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da:

- i) imprudenza, imperizia, negligenza o colpa grave (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);
- j) stati di improvviso male o incoscienza, **purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti ovvero conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti e le conseguenze del diabete;**
- k) eventi atmosferici. 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** (a parziale deroga dell'Art. 23 "Esclusioni" lettera a);
- l) tumulti popolari, **subordinati alla denuncia dell'Autorità Giudiziaria e a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);
- m) atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.**

Art. 3 - PRESTAZIONI

La presente sezione di polizza può essere prestata esclusivamente per una o più delle seguenti forme di assicurazioni che saranno valide ed operanti solo se nella scheda di polizza sono indicate le somme assicurate e il relativo premio è stato corrisposto:

- A. LIFE SUPPORT**
- B. SERIOUS DISABILITY**
- C. INSURANCE ALL OVER**
- D. JUST PROFESSIONAL**

Si precisa che, le prestazioni di cui ai precedenti punti A), B) e C) possono essere prescelte singolarmente o abbinando esclusivamente la A) con la B o la A) con la C)

Le prestazioni in esse previste sono operanti, fino alla concorrenza dei capitali indicati nel frontespizio di polizza e solo se espressamente richiamate nel frontespizio stesso.

Sono fatte salve tutte le condizioni, disposizioni, delimitazioni ed esclusioni della polizza, ove non espressamente modificate clausole che seguono.

A. LIFE SUPPORT (Rimborso spese per Adattamento studio/ufficio, abitazione e mezzo di trasporto in conseguenza di infortunio)

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti per l'Assicurato una invalidità permanente e che richieda l'adattamento dello Studio/Ufficio indicato in polizza, dell'abitazione principale e/o del veicolo dell'infortunato, la Società, entro il limite massimo per sinistro indicato nel frontespizio di polizza, rimborserà le spese sostenute entro un anno dall'infortunio per:

- a) modifiche all'accesso dello Studio/Ufficio indicato in polizza e dell'abitazione ove l'Assicurato risulti residente quali: costruzioni di rampe e scivoli, sistemi di sopraelevazione, allargamento varchi di accesso, sostituzione porte a seguito di allargamento dei varchi. Sono comprese le modifiche interne all'abitazione e al fabbricato pertinente;
- b) sostituzione della vasca, della doccia, dei sanitari e installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo presso l'abitazione ove l'Assicurato risulti residente e presso lo Studio/Ufficio indicato in polizza;
- c) adattamenti alla propria autovettura che gli consentano di continuare a guidare, dietro presentazione di idonea documentazione (fatture, ricevute, scontrini o altro documento equipollente) per tutte le spese effettivamente sostenute per effettuare tali adattamenti.

Limitatamente ai punti a) e b), la garanzia è operante a condizione che si verifichino tutte le seguenti circostanze:

- i lavori di ristrutturazione delle parti condominiali del fabbricato siano deliberate entro 12 mesi dalla data dell'infortunio (alternativa "dalla data di accertamento definitivo del grado IP o dal pagamento dell'indennizzo della garanzia principale) e abbiano inizio entro 90 (novanta) giorni dalla delibera;
- a seguito dell'infortunio sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno. Sono compresi sia i costi di progettazione che quelli di realizzazione. Ai fini dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:
 - copia della denuncia di inizio lavori;
 - copia del progetto di modifica dello Studio/Ufficio indicato in polizza, dell'abitazione e dei fabbricati pertinenti;
 - copia della delibera condominiale di inizio lavori;
 - copia della prognosi attestante il diritto all'indennizzo;
 - originale delle fatture comprovanti il dettaglio delle spese sostenute; certificato di residenza

B. SERIOUS DISABILITY (Supervalutazione per specifiche gravi invalidità permanenti)

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti per l'Assicurato una invalidità permanente grave compresa nella tabella di seguito indicata, la Società liquida per tale titolo un'indennità secondo le percentuali sotto riportate calcolata sulla somma assicurata come indicata nel frontespizio di polizza:

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente

• perdita totale anatomica o funzionale di un braccio	100%
• perdita totale anatomica o funzionale di una mano	100%
• perdita totale anatomica o funzionale di un pollice	100%
• perdita totale anatomica o funzionale di un indice	65%
• perdita totale anatomica o funzionale di un dito medio	65%
• perdita totale anatomica o funzionale di un anulare	50%
• perdita totale anatomica o funzionale di un mignolo	50%
• perdita della facoltà visiva da un occhio	100%
• perdita della facoltà visiva di entrambi gli occhi	100%
• paralisi totale	100%
• danni cerebrali irreversibili	100%
• perdita della parola	100%
• perdita dell'udito da entrambe le orecchie	100%
• perdita di un arto	100%

Definizioni applicabili alla presente clausola:

- Per "perdita di un arto inferiore" si intende:
 1. perdita anatomica completa del piede o dell'intera gamba
 2. perdita funzionale completa del piede o dell'intera gamba
- Per "perdita di un arto superiore" si intende:
 1. perdita anatomica completa di 4 dita al metacarpo
 2. perdita funzionale completa di una mano o dell'intero braccio
- Per "perdita di entrambi gli occhi" si intende: cecità completa bilaterale
- Per "paralisi" si intende: Tetraplegia - paralisi dei quattro arti

- Per “perdita della parola” si intende: perdita totale e permanente della voce
- Per “perdita dell’udito” si intende: sordità completa bilaterale
- Per “paralisi” si intende: perdita completa di funzionalità corporea a causa di un danno neurologico, diagnosticata da un medico.
- Per “morte celebrale” si intende: incoscienza irreversibile con una perdita totale delle funzioni cerebrali e una totale assenza di attività elettrica del cervello anche se persiste la funzionalità cardiaca.

Nei casi di perdita totale dell'organo della vista o congiuntamente di più arti superiori o parti degli stessi in un medesimo infortunio, l'indennità viene stabilita sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, con il limite massimo di indennizzo pari al 100%.

Per le falangi delle dita per le quali viene riconosciuta la sola perdita anatomica o funzionale totale, l'indennità verrà valutata al 50% di quella prevista per il dito corrispondente.

In caso di perdita totale anatomica o funzionale dell'organo della vista o di un arto superiore o di parte dello stesso già minorato in precedenza, le percentuali sopra indicate verranno diminuite in funzione del grado di invalidità permanente preesistente.

C. INSURANCE OVER ALL (Assicurazione infortuni professionale ed extra professionale)

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti per l'Assicurato il decesso punto A (o le garanzie equiparate di cui ai punti A1 e A2) o una invalidità permanente punto B o infezioni del virus HIV punto C le somme assicurate a tale titolo dalla Società, sono quelle indicate nel frontespizio di polizza.

A. INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

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

L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente contratto, modificare l'indicazione del(dei) Beneficiario(i) con comunicazione scritta alla Società.

A.1 Morte Presunta

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi **180 (cento ottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta** a termini degli Artt. 60 e seguenti del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente alla liquidazione, risulti che la morte non si sia verificata o che comunque non sia dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita o residua, senza che possano, da parte della Società, essere invocati eventuali termini di prescrizione che decorreranno da quel momento.

A.2 Coma Irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di “coma irreversibile”, conseguente ad infortunio indennizzabile sulla base del presente contratto, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'Assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di **180 (cento ottanta) giorni**. La comunicazione della caduta in stato di “coma irreversibile” dell'Assicurato dovrà essere inviata alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità previste per i casi di denuncia di sinistro; sempre secondo le stesse modalità dovrà essere comunicato l'avvenuto superamento del periodo di **180 (cento ottanta) giorni** continuativi e ininterrotti di coma.

In entrambi i casi le comunicazioni dovranno essere fatte entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento dei 180 giorni.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

B. INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio **ha per conseguenza una invalidità permanente e questa anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto**, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla “Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124” e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Si conviene altresì che in caso di infortunio che produca come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, a prescindere dal grado di Invalidità definitivamente accertato.

L'indennizzo spettante per Invalidità Permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente indicata nel **Certificato di Assicurazione la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri sopraindicati. Alla somma così calcolata sarà applicata la percentuale di franchigia pari al 3%, di conseguenza non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.**

C. INFEZIONI DEL VIRUS H.I.V.

L'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza.

Si sottolinea che:

- il contagio deve essere fortuito e accidentale;
- l'evento deve verificarsi durante l'attività professionale lavorativa.

Modalità di accertamento del contagio - pagamento dell'indennizzo:

- entro tre giorni dal verificarsi dell'evento accidentale l'Assicurato deve effettuare la denuncia;
- la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente-Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del (presunto) contagio;
- entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test H.I.V. presso un centro specializzato indicatogli dalla Società;
- se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedente lo stesso;

Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test H.I.V. l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto alla prestazione garantita; la Società corrisponde pertanto la somma assicurata prevista nel frontespizio di polizza. Tale somma non potrà essere comunque superiore alle somme assicurate previste per il caso Morte o il caso Invalidità Permanente contrattualizzate in polizza.

D. JUST PROFESSIONAL (Limitazione agli infortuni professionali)

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, **subito esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività dichiarata ed il relativo rischio in itinere**, che comporti per l'Assicurato il decesso punto A (o le garanzie equiparate di cui ai punti A1 e A2) o una invalidità permanente punto B o infezioni del virus HIV punto C o diaria da ricovero da infortunio punto D le somme assicurate a tale titolo dalla Società, sono quelle indicate nel frontespizio di polizza.

A. INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO

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

L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente contratto, modificare l'indicazione del(dei) Beneficiario(i) con comunicazione scritta alla Società.

A.1 Morte Presunta

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

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi **180 (cento ottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta** a termini degli Artt. 60 e seguenti del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente alla liquidazione, risulti che la morte non si sia verificata o che comunque non sia dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita o residua, senza che possano, da parte della Società, essere invocati eventuali termini di prescrizione che decorreranno da quel momento.

A.2 Coma Irreversibile

Ai fini della presente assicurazione lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio indennizzabile sulla base del presente contratto, viene equiparato alla morte. Pertanto, la Società liquiderà la prestazione pattuita qualora l'Assicurato permanga in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 (cento ottanta) giorni. La comunicazione della caduta in stato di "coma irreversibile" dell'Assicurato dovrà essere inviata alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità previste per i casi di denuncia di sinistro; sempre secondo le stesse modalità dovrà essere comunicato l'avvenuto superamento del periodo di 180 (cento ottanta) giorni continuativi e ininterrotti di coma.

In entrambi i casi le comunicazioni dovranno essere fatte entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento dei 180 giorni.

Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

B. INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIE PROFESSIONALI

B.1 Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Si conviene altresì che in caso di infortunio che produca come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, a prescindere dal grado di Invalidità definitivamente accertato.

Sulla somma assicurata fino ad € 250.000,00 sarà applicata la percentuale di franchigia pari al 5%, di conseguenza non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

Sulla somma assicurata eccedente ad € 250.000,00 sarà applicata la percentuale di franchigia pari al 10%, di conseguenza non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 10% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 10% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

B.2 Malattie Professionali

Questa estensione è prestata esclusivamente per il caso di Invalidità Permanente da malattia o Morte conseguente a malattia riportata in durante lo svolgimento dell'Attività Professionale e per causa di tale Attività Professionale, diagnosticata unicamente durante il periodo di validità del presente contratto.

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti o la Morte derivanti, direttamente od indirettamente, da:

- malattie dell'Assicurato diagnosticate precedentemente alla stipulazione della presente polizza;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, nonché radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dolo dell'Assicurato;

L'Assicurazione non vale:

- a) per le persone di età superiore ai 64 (sessantaquattro) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale del contratto immediatamente successiva al compimento del 64 (sessantaquattresimo) anno di età;
- b) per le persone affette da epilessia, tossicodipendenza, infermità mentali, alcolismo, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), o simili o correlate sindromi comunque esse siano state contratte e denominate. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una delle predette condizioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze della prima diagnosi.

La prova dell'esistenza delle condizioni per la richiesta dell'indennità è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dagli Assicuratori, fornire agli stessi ogni informazione e produrre ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga ai beneficiari dell'Assicurato l'indennizzo dovuto

L'Assicurato deve denunciare all'Agenzia di Sottoscrizione, a mezzo lettera raccomandata, il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto.

L'indennizzo spettante per Invalidità Permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente da malattia indicata nel Certificato di Assicurazione la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri sopraindicati. Alla somma così calcolata sarà applicata la percentuale di franchigia pari al 25%, di conseguenza non si fa luogo a risarcimento per Invalidità Permanente da Malattia quando questa sia di grado inferiore o pari al 25% della totale. Se l'Invalidità Permanente da Malattia medesima supera il 25% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

C. INFEZIONI DEL VIRUS H.I.V.

L'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza.

Si sottolinea che:

- il contagio deve essere fortuito e accidentale;
 - l'evento deve verificarsi durante l'attività professionale lavorativa.
- Modalità di accertamento del contagio - pagamento dell'indennizzo:
- entro tre giorni dal verificarsi dell'evento accidentale l'Assicurato deve effettuare la denuncia;
 - la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente-Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del (presunto) contagio;
 - entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test H.I.V. presso un centro specializzato indicatogli dalla Società;
 - se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedente lo stesso;

Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test H.I.V. l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto alla prestazione garantita; la Società corrisponde pertanto la somma assicurata prevista nel frontespizio di polizza. Tale somma non potrà essere comunque superiore alle somme assicurate previste per il caso Morte o il caso Invalidità Permanente contrattualizzate in polizza.

D. DIARIA DA RICOVERO

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporta il ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza **per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, per un periodo massimo di 1 anno per sinistro**. Detta indennità è ridotta **del 50% in caso di "Day Hospital" o di "Day Surgery"**. L'indennità è dovuta esclusivamente per "Day Hospital" o "day Surgery" di **durata superiore a 2 giorni**, anche non consecutivi, purché dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che sono stati resi necessari dalla medesima causa

Art. 4 - RISCHIO VOLO

La garanzia è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero **(non come pilota o membro dell'equipaggio)** su qualunque tipo di aeromobile (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

In ogni caso, i capitali sotto rischio complessivi di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate con la Società per il rischio volo, complessivamente per aeromobile, non potranno superare i seguenti importi:

- **Euro 5.000.000,00 (cinquemilioni) per il caso di invalidità permanente;**

- Euro 5.000.000,00 (cinquemilioni) per il caso di morte.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri effettuati:

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

Art. 5 - GUERRA E INSURREZIONE

La garanzia si intende estesa anche agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

Sono, comunque, esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra e insurrezione popolare) che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 6 - PRATICA SPORTIVA

La garanzia si intende estesa anche agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport con esclusione di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiacciaio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite surf, snow kite, sci acrobatico, sci o snow board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere (parapendio, deltaplano, ecc.).

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da:

- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e che comunque comporti remunerazione;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso, anche come passeggero, e la guida di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura. Si intendono esclusi anche i casi di uso, come passeggero, e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici.

Art. 7 - LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRO COLLETTIVO

Resta convenuto che, in caso di sinistro – o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza – che colpisca più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma riportata nel Certificato di Assicurazione per singolo Assicurato sia per la garanzia morte che per quella di invalidità permanente ed a Euro 8.000.000,00 (ottomilioni) per singolo evento.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 8 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) da guerra o insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche salvo quanto previsto all'articolo 14 – “Estensione della nozione di infortunio” lettera k) e all'articolo 18 “Guerra e insurrezione”
- b) dalla guida o uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerei compresi deltaplani o ultraleggeri, fatto salvo quanto previsto all'art. 17 – “Rischio Volo”, nonché di mezzi subacquei;
- c) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- g) da ubriachezza dell'Assicurato se alla guida di autoveicoli – motoveicoli in genere, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h) a seguito di correzione e/o eliminazione di malformazioni o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto.

Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Art. 9 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse affetto da:

- alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive;

non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione; allo stesso modo se una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgessero in corso di polizza, si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Resta salvo quanto previsto dall'Art. 24 – Limiti di età.

Art. 10 - LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungano tale limite di età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che, in tal caso, verranno restituiti a richiesta dell'Assicurato.

Art. 11 - DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora del sinistro e delle cause che lo hanno determinato, corredata di Certificato Medico, deve essere fatta entro 10 giorni dall'infortunio per iscritto alla Società o all'Intermediario.

La mancata denuncia di sinistro entro il termine sopra indicato può comportare la riduzione dell'indennizzo (se il Contraente/Assicurato ha agito con colpa) o la perdita del diritto all'indennità (se il Contraente/Assicurato ha agito con dolo).

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.

L'Assicurato o, in caso di morte, il Beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, da eseguirsi in Italia a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 12 - CUMULO DI INDENNITÀ

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello Assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 13 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società liquida l'indennizzo dovuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che risulti indennizzabile sulla base del presente contratto, indipendentemente da malattia o difetti fisici preesistenti o sopravvenuti; 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 considerate conseguenze indirette e, quindi, non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per Invalidità Permanente è liquidata 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. 14 - PARERI MEDICI - CONTROVERSIE

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato o nel diverso luogo che le parti avranno consensualmente scelto; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 15 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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.

Agli effetti dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Art. 1 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 2 (Altre assicurazioni); Art. 3 (Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del Premio); Art. 4 (Modifiche dell'Assicurazione); Art. 5 (Aggravamento del rischio); Art. 8 (Disdetta in caso di sinistro); Art. 9 (Proroga dell'assicurazione); Art. 10 (Oneri fiscali); Art. 11 (Foro competente); 14 (Vendita a distanza)

Sezione I - Norme che regolano l'assicurazione responsabilità civile professionale:

Art. 3 (Validità temporale dell'assicurazione); Art. 5 (Garanzia postuma in caso di cessazione dell'attività); Art. 6 (Esclusioni); Art. 7 (Franchigia Fissa); Art. 8 (Responsabilità solidale); Art. 9 (Denuncia dei sinistri).

Sezione II - Norme che regolano l'assicurazione responsabilità civile verso terzi e operai:

Art. 2 (Validità temporale dell'assicurazione RCT/O); Art. 4 (Esclusioni); Art. 6 (Responsabilità solidale); Art. 7 (Denuncia dei sinistri).

Sezione III - Norme che regolano l'assicurazione All Risks Danni Diretti:

Art. 2 (Partite, somme assicurate, limiti d'indennizzo, scoperti e franchigie); Art. 3 (Cose e rischi esclusi dall'assicurazione); Art. 5 (Obblighi in caso di sinistro), Art. 11 (Limite massimo dell'indennizzo), Art. 16 (Validità territoriale dell'assicurazione).

Sezione IV - Norme che regolano l'assicurazione Infortuni:

Art. 3 (Prestazioni); Art. 4 (Rischio volo); Art. 5 (Guerra e insurrezione); Art. 6 (Pratica Sportiva); Art. 7 (Limite indennizzo sinistro collettivo); Art. 8 (Esclusioni); Art. 10 (Limite di età); Art. 11 (Denuncia dei sinistri); Art. 13 (Criteri di indennizzabilità).

Allegato B alla Convenzione per la Gestione dell'assicurazione Responsabilità Civile Professionale per gli iscritti alla F.I.M.P.

Pediatria Libera Scelta - Esclusa neonatologia, rianimazione neonatale e pediatrica			
RCP - RCT/O Medici Abilitati			
Massimale		Premio Lordo	
€	1.000.000,00	€	380,00
€	2.000.000,00	€	455,00
€	3.000.000,00	€	500,00
€	5.000.000,00	€	545,00
Regime Lavorativo			
Libero Professionista		SI	
Convenzionato SSN		SI	
Franchigia			
RCP		€ -	
Danni a cose		€ 100,00	
PROPERTY			
N.B. : Esistono pacchetti già preimpostati. A titolo esemplificativo, ma non limitativo:			
		Premio Lordo	
PACCHETTO A		€	95,00
PACCHETTO B		€	25,00
Infortuni			
Adattamento abitazione Auto			
		Premio Lordo	
€	5.000,00	€	15,00
€	10.000,00	€	30,00
€	15.000,00	€	45,00
€	20.000,00	€	60,00
Infortuni Professionale ed Extra			
€	100.000,00	€	140,00
€	150.000,00	€	210,00
€	200.000,00	€	300,00
€	300.000,00	€	450,00
Supervalutazione specifica per gravi invalidità permanenti			
€	100.000,00	€ 50.000,00	€ 50,00
€	200.000,00	€ 100.000,00	€ 100,00
€	300.000,00	€ 200.000,00	€ 200,00
€	400.000,00	€ 300.000,00	€ 360,00
TASSO HIV			
		0,2 % da aggiungere	