

AmTrust

CONVENZIONE INFORTUNI ASMOOI

Linea Infortunio Protetto

Contratto di Assicurazione per gli Infortuni dei Medici



**Il prodotto è stato redatto secondo
le linee guida ANIA “Contratti Semplici e Chiari”
Edizione Ottobre 2025**

Avvertenza: Prima della sottoscrizione leggere attentamente
il Set Informativo che contiene:

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



AmTrust Assicurazioni

Assicurazione per gli Infortuni dei Medici

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: "AmTrust Convenzione Infortuni ASMOOI"



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

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa Polizza assicura i medici, iscritti all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa, che siano soci di ASMOOI (Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani), nei limiti delle Garanzie e delle Somme Assicurate indicate nel Certificato di Assicurazione, per gli Infortuni subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale, compreso il Rischio in Itinere (c.d. Rischio Professionale) e di ogni altra attività che non ha carattere professionale (c.d. Rischio Extra-Professionale) e, limitatamente alla **Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C)**, per gli Infortuni subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale (c.d. Rischio Professionale), compreso il Rischio in Itinere.

L'Assicurazione è prestata nella forma **Loss Occurrence**, ossia è intesa a tutelare l'Assicurato per gli Infortuni occorsi durante il Periodo di Assicurazione indicato nel Certificato di Assicurazione.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da Infortunio
- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio
- ✓ 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C)
- ✓ Supervalutazione dell'Invalidità Permanente Totale da Infortunio degli arti superiori, della vista, della voce e dell'udito
- ✓ Sono considerati Infortuni, a titolo esemplificativo e non limitativo e purché non espressamente esclusi, anche:
 - l'asfissia non di origine morbosa
 - gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze
 - l'annegamento, l'assideramento o il congelamento
 - i colpi di sole o di calore
 - le lesioni determinate da sforzi (**esclusi gli infarti**)
 - punture di insetti (**escluso la malaria**), morsi di rettili e animali
 - le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni
 - le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
 - la folgorazione
- ✓ Estensioni di garanzia sempre valide ed operanti:
 - Morte presunta
 - Stato di coma
 - Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille
 - Danni estetici
 - Rimborso spese funerarie
 - Rimpatrio salma
 - Costi di salvataggio e ricerca
 - Morte conseguente a rapine e aggressioni in genere
 - Malattie tropicali
 - Rischio guerra
 - Rischio volo

Le garanzie operano per le Somme Assicurate indicate nel Certificato di Assicurazione, nonché entro i limiti di Indennizzo indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

Sono esclusi le richieste di Indennizzo e gli Infortuni derivanti da:

- ✗ Invalidità preesistenti all'adesione alla Polizza Collettiva
- ✗ ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea
- ✗ Guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio.
- ✗ Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto previsto dall'estensione di garanzia Rischio Guerra
- ✗ Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). Sono comunque esclusi dall'Assicurazione indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito i Sinistri direttamente o indirettamente originati da qualsiasi pandemia, epidemia, esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito
- ✗ Delitti e/o fatti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: downhill, parkour, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo in solitaria, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci e snowboard acrobatici e/o estremi, sci alpinismo, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (free-climbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, immersioni con autorespiratore. Sono comunque esclusi gli Infortuni derivanti dalla pratica professionale di qualsiasi sport e/o che comunque comporti remunerazione

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio è prestata con l'applicazione di una Franchigia pari al:
 - 3% relativa al 10% sul Rischio Professionale, compreso il Rischio in Itinere
 - 3% relativa al 10% sul Rischio Extra-professionale
 - 5% relativa al 15% sugli Sport del tempo libero

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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale per il mondo intero. In ogni caso, l'eventuale Indennizzo sarà corrisposto in Italia e in euro.
- ✓ La Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B o C) vale per il Contagio avvenuto nel mondo intero ad eccezione di Cuba, Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Repubblica Centrafricana, Ciad, Comore, Repubblica del Congo, Repubblica Democratica del Congo, Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenya, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomè, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Sudan del Sud, eSwatini, Tanzania, Thailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione.
- Sei esonerato dal dichiarare l'esistenza di altre analoghe assicurazioni che hai in corso o che stipulerai con altri assicuratori.
- Devi dare immediato avviso alla Società dei cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato.
- In caso di Sinistro devi denunciarlo alla Società entro 15 giorni lavorativi dall'Infortunio o dal momento in cui, tu o i tuoi aventi diritto, ne abbiate avuto la possibilità secondo le modalità previste nelle Condizioni di Assicurazione, e agli altri assicuratori se hai assicurato lo stesso rischio anche con altri; diversamente potresti perdere il diritto all'indennizzo.
- Avvenuto l'Infortunio, devi ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, trattenerti dal commettere atti che possano ostacolare la cura e inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, redatti in lingua italiana o se redatti in lingua diversa, accompagnati da traduzione asseverata.
- In caso di Contagio per infezione da HIV o Epatite cronica B o C a seguito di trasfusione di sangue, devi presentare uno specifico referto medico che ne specifichi l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni. Inoltre, in caso di Contagio a seguito di aggressione fisica, devi presentare la copia della denuncia presso l'autorità competente.
- In caso di Sinistro la Società ha il diritto di accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc.
- Se vuoi far valere i tuoi diritti derivanti dal contratto, devi farlo entro 2 anni (art. 2952 c.c.).



Quando e come devo pagare?

Il Premio è interamente dovuto ed è comprensivo delle imposte (secondo le norme fiscali vigenti).

Nel caso in cui la data di decorrenza della singola adesione non coincida con la data di decorrenza della Polizza o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della Polizza stessa, il Premio è calcolato in funzione di 1/360 del Premio annuo dovuto per ciascun giorno di durata della copertura, ferma la scadenza riportata nel Certificato di Assicurazione allineata al 31/12.

Puoi pagare il Premio con sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o l'Intermediario della Società a cui è assegnata l'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per l'Aderente, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Certificato di Assicurazione, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il Modulo di Adesione, se pagato il Premio entro lo stesso giorno, oppure dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio se successivo, e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione (31/12). **Per l'Aderente, la copertura non prevede il tacito rinnovo.**

Fintanto che la Polizza Collettiva è in vigore, per l'Aderente è prevista la possibilità di prorogare la copertura in continuità assicurativa versando il Premio annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La singola adesione termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato nel Certificato di Assicurazione e non si rinnova tacitamente alla scadenza.

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dalla singola adesione mediante lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) dando un preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

In caso di Vendita a distanza puoi recedere dalla copertura assicurativa esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di pagamento del Premio, inviando comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'Intermediario incaricato o alla Società.

Assicurazione per gli Infortuni dei Medici

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



Prodotto "AmTrust Convenzione Infortuni ASMOOI"

31/10/2025 Data di realizzazione, il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

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

indirizzo PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it.

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

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

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

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato alle Somme Assicurate acquistate dall'Aderente e riportate nel Certificato di Assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni fornite nel Dip Danni si precisa che sono esclusi le richieste di Indennizzo e gli Infortuni derivanti da:

- Partecipazione a corse e gare (e relative prove) sportive, salvo che abbiano carattere ricreativo;
- Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura, ossia le gare in cui i concorrenti debbono completare un percorso in un tempo definito, rispettando una tabella di marcia;
- Voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato, salvo quanto previsto dall'estensione di garanzia Rischio volo di cui all'Art 1.6.12 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato?", pag. 9);
- Abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- Stato di intossicazione alcolica, corrispondente ad un tasso alcolemico pari o superiore ai valori riportati nel Codice della Strada; Arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- Colpa grave dell'Assicurato e atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- Suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- Atti di Terrorismo e tumulti popolari;
- Sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto;
- operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio.

Rischi esclusi

Ulteriori esclusioni applicabili alla Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B o Epatite C)

Restano esclusi dalla copertura 3 Virus:

- Contagi HIV, HBV e/o HCV avvenuti prima dell'adesione alla Polizza Collettiva;
- Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale oggetto di copertura (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni, etc);
- Qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: epatite alcolica, epatite tossica, epatite autoimmune, etc.



Ci sono limiti di copertura?

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

- L'Assicurazione non è operante per le persone che risultino affette, anche dopo l'adesione alla Polizza Collettiva, da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei. L'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso la Società rimborsa all'Aderente/Assicurato, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del Periodo di Assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio.
- L'Assicurazione si intende prestata per coloro che abbiano compiuto almeno 18 anni e non abbiano ancora compiuto 80 anni alla data di decorrenza della copertura indicata nel Certificato di Assicurazione. Qualora l'Assicurato raggiunga tale età durante il Periodo di Assicurazione, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza e cesserà al compimento di detto termine.

- In nessun caso la Società potrà essere chiamata a indennizzare, a seguito del medesimo Sinistro, un importo complessivo superiore a € 2.500.000. In detta limitazione rientrano i capitali riferitisi ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla riduzione proporzionale;
- In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente Polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'Assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, Aderente/Assicurato, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.
- L'Assicurazione opera fino alla concorrenza delle Somme Assicurate per Sinistro e per Periodo di Assicurazione indicate nel Certificato di Assicurazione e dei limiti di Indennizzo riepilogati nella seguente tabella:

Articolo	Garanzia	Somma Assicurata e limiti di Indennizzo per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	Franchigia e/o Carenza
<i>Garanzie sempre valide e operanti</i>			
1.5.1	Morte da Infortunio	Come riportato nel Certificato di Assicurazione	-
1.5.2	Invalità Permanente da Infortunio Rischio Professionale e in Itinere	Come riportato Certificato di Assicurazione	- Rischio Professionale, compreso il Rischio in Itinere: 3% relativa al 10% - Rischio Extra-Professionale: 3% relativa al 10% - Sport del tempo libero: 5% relativa al 15%
1.5.3	3 Virus	Come riportato nel Certificato di Assicurazione	-
<i>Estensioni di copertura sempre valide e operanti e incluse nel Premio</i>			
1.6.3	Stato di Coma	€ 30,00 al giorno per massimo di 360 giorni e € 10.000,00	30 giorni
1.6.4	Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille	2% della Somma Assicurata per Invalità Permanente in caso di ernia discale o addominale operata o operabile	-
		5% della Somma Assicurata per Invalità Permanente in caso di ernia addominale non operabile	
		2% della Somma Assicurata per Invalità Permanente in caso di rottura sottocutanea del tendine di Achille per massimo di € 5.000,00	
1.6.5	Danni Estetici	€ 3.000,00	-
1.6.6	Rimborso spese funerarie	€ 5.000,00	-
1.6.7	Rimpatrio salma	€ 5.000,00	-
1.6.8	Costi di salvataggio e ricerca	€ 5.000,00	-
1.6.9	Morte conseguente a rapine e aggressioni in genere	Aumento del 50% della Somma Assicurata per la garanzia Morte da Infortunio con il limite massimo di € 50.000,00 per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	-
1.6.10	Malattie tropicali	Somma Assicurata per Invalità Permanente da Infortunio per Periodo di Assicurazione	20%
1.6.13	Supervalutazione da Invalità Permanente Totale da Infortunio	Come riportato all'Art. 1.6.13 delle Condizioni di Assicurazione (Sezione "Che cosa è assicurato", pag. 10)	-

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è destinato ai medici, iscritti all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa, che siano soci di ASMOOI (Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ottoristi Italiani).

Quali costi devo sostenere?

Il Premio pagato dall'Aderente è complessivo delle provvigioni medie riconosciute all'Intermediario che sono pari al 20,00% del Premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>È da considerarsi reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto a Ufficio Reclami – AmTrust Assicurazioni S.p.A. - Via Clerici 14, 20121 Milano - Fax +39 0283438174 - Email: reclami@amtrustgroup.com – Pec: reclami.amtrust.assicurazioni@pec.it</p> <p>Il reclamo dovrà contenere il numero del contratto assicurativo a cui si riferisce, corredato della documentazione relativa al reclamo stesso.</p> <p>La Compagnia, ricevuto il reclamo, fornirà riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.</p> <p>Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori e degli Intermediari a titolo accessorio, il termine di riscontro di cui sopra, potrà essere sospeso per un massimo di 15 (quindici) giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo.</p> <p>Nel caso di reclami relativi al comportamento degli altri intermediari (Broker e Banche) e loro dipendenti/collaboratori, gli stessi saranno gestiti direttamente dall'Intermediario interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221, i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un Broker, sono gestiti dall'intermediario proponente mentre i reclami inerenti l'attività di distribuzione operata da un'Agenzia, sono gestiti dall'impresa preponente.</p>
----------------------------------	---

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>- L'arbitrato è previsto. In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio, le parti potranno conferire mandato ad un collegio di 3 medici. Le decisioni del collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il collegio medico deve partire dall'Aderente/Assicurato o dagli aventi diritto, entro 30 giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Aderente/Assicurato, entro 30 giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Aderente/Assicurato entro una terna di medici proposta dai 2 primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nella località scelta consensualmente dalle parti; in caso di disaccordo il collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il collegio invitando l'Aderente/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 vincolante per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.</p> <p>- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en).</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il Premio pagato per l'Assicurazione è soggetto all'aliquota d'imposta attualmente in vigore, pari al 2,5% del Premio imponibile annuo.</p> <p>Il Premio pagato per l'Assicurazione è detraibile nella misura del:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19% per la quota parte di Premio imputabile ai rischi Morte e Invalidità Permanente non inferiore al 5% (Art. 15, comma 1, lett. f), TUIR); • 95% per la quota parte di Premio imputabile al rischio 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C).









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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE).

Gentile Cliente,

AmTrust Convenzione Infortuni ASMOOI è l'Assicurazione che protegge il medico socio di ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani per gli *Infortuni* subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale, compreso il *Rischio in Itinere* (cd. *Rischio Professionale*) e di ogni altra attività che non ha carattere professionale (c.d. *Rischio Extra-Professionale*) e, limitatamente alla **Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C)**, per gli *Infortuni* subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale (c.d. *Rischio Professionale*), compreso il *Rischio in Itinere*.

Le Condizioni di Assicurazione sono suddivise in:

Glossario	4
 Che cosa è assicurato?	7
 Che cosa non è assicurato?	11
 Ci sono limiti di copertura?	12
 Dove vale la copertura?	14
 Che obblighi ho? Quali obblighi ha la Società?	15
 Quando e come devo pagare?	20
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	21
 Come posso disdire la Polizza?	22
Norme di Legge utili per la comprensione della Polizza	23
Numeri e riferimenti utili	25

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo arricchito il documento con:

- testi in **grassetto**: sono così indicate - ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 – gli oneri a carico del *Contraente* o dell'*Assicurato* e le condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie;
- termini in *corsivo*: sono così identificati i termini che prevedono una definizione dedicata nel Glossario.

Il set informativo **AmTrust Convenzione Infortuni ASMOOI** ti sarà consegnato contestualmente all'adesione alla *Polizza*.

Ti ringraziamo per l'interesse dimostrato. Ti ricordiamo in ogni caso che la *Società* e l'*Intermediario* sono a tua completa disposizione per qualsiasi ulteriore chiarimento.

Condizioni di Assicurazione

Indice

Glossario	4
Che cosa è assicurato?.....	7
Informazioni sull'Assicurazione	7
Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione.....	7
1.1 Oggetto.....	7
1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione	7
1.3 Operatività delle Garanzie	7
1.4 Surroga.....	7
1.5 Garanzie sempre valide e operanti	7
1.5.1 Morte da Infortunio	7
1.5.2 Invalità Permanente da Infortunio.....	7
1.5.3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C).....	7
1.6 Estensioni di garanzia incluse nel Premio	7
1.6.1 Precisazioni sull'oggetto di copertura	7
1.6.2 Morte presunta	8
1.6.3 Stato di coma	8
1.6.4 Ernie traumatiche e da Sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille	8
1.6.5 Danni Estetici	8
1.6.6 Rimborso spese funerarie	8
1.6.7 Rimpatrio salma	8
1.6.8 Costi di salvataggio e ricerca	9
1.6.9 Morte conseguente a rapine e aggressioni in genere	9
1.6.10 Malattie tropicali	9
1.6.11 Rischio guerra	9
1.6.12 Rischio volo	9
1.6.13 Supervalutazione dell'Invalità Permanente Totale da Infortunio degli arti superiori, della vista, della voce e dell'udito	9
Che cosa non è assicurato?.....	11
Articolo 2 Esclusioni	11
2.1 Rischi esclusi dall'Assicurazione.....	11
2.2 Ulteriori esclusioni applicabili alla Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B o Epatite C).....	11
Ci sono limiti di copertura?	12
Articolo 3 Limiti di copertura	12
3.1 Franchigia garanzia Invalità Permanente da Infortunio	12
3.2 Persone non assicurabili	12
3.3 Limiti di età dell'Aderente/Assicurato.....	12
3.4 Limite di Indennizzo – Sinistro catastrofale	12
3.5 Sanzioni Internazionali	13
3.6 Somme Assicurate, limiti di Indennizzo e Franchigie	13
Dove vale la copertura?	14
Articolo 4 Estensione territoriale.....	14
Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?.....	15
Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?	15
Articolo 5 Sinistri	15
5.1 Obblighi dell'Aderente/Assicurato in caso di Sinistro	15
5.2 Liquidazione ai Beneficiari per la Morte dell'Assicurato.....	15
5.3 Liquidazione per Invalità Permanente da Infortunio.....	15
5.4 Criteri di indennizzabilità per Sinistri conseguenti ad Infortunio	15
5.5 Valutazione speciale per Invalità Permanente da Infortunio.....	16
5.6 Cumulo di Indennizzi delle Garanzie Infortuni e relative Estensioni	16
5.7 Anticipo Indennizzo dell'Invalità Permanente da Infortunio	16
5.8 Liquidazione dell'Indennizzo in caso di Contagio da 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C)	17

5.9 Prova.....	17
5.10 Coesistenza di altre assicurazioni	17
5.11 Liquidazione del Sinistro	17
5.12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio	17
Altri obblighi derivanti dal contratto	18
Articolo 6 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Aderente/Assicurato	18
6.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.....	18
6.2 Altre assicurazioni	18
6.3 Aggravamento e diminuzione del rischio	18
6.4 Assicurazione per conto altrui	18
6.5 Foro competente per l'esecuzione del contratto.....	18
6.6 Comunicazioni.....	18
6.7 Clausola Broker.....	19
Quando e come devo pagare?.....	20
Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio.....	20
7.1 Pagamento del Premio della Polizza Collettiva	20
7.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione.....	20
7.3 Oneri fiscali	20
7.4 Rimborso del Premio	20
Quando comincia la copertura e quando finisce?	21
Articolo 8 Effetto e durata della Polizza.....	21
8.1 Effetto e durata della Polizza Collettiva	21
8.2 Effetto e durata della singola adesione.....	21
Come posso disdire la Polizza?	22
Articolo 9 Casi di interruzione del contratto.....	22
9.1 Disdetta della Polizza Collettiva.....	22
9.2 Recesso per Sinistro	22
9.3 Diritto di ripensamento.....	22

Glossario

Le parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Aderente/Assicurato	La persona fisica socio del Contraente, indicata nel Certificato di Assicurazione, ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Arbitrato	Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di ogni controversia riguardante il contratto.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Atto di Terrorismo	Qualunque azione che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguita su base individuale o collettiva, diretta contro persone o enti pubblici o privati al fine di condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone, o fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza o ancora interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.
Beneficiario	Il soggetto designato dall'Aderente/Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di Morte dell'Aderente/Assicurato stesso. Un Aderente/Assicurato può cambiare il Beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso Beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione per Beneficiario si intendono gli eredi legittimi o testamentari dell'Aderente/Assicurato ciascuno in parti uguali o, in caso di rimborso delle spese sostenute, l'avente diritto il quale ha sostenuto tali spese.
Certificato di Assicurazione	È il documento, emesso a prova della copertura assicurativa per il singolo Aderente/Assicurato e nel quale sono indicati i dati relativi all'Aderente/Assicurato, le date di decorrenza e di scadenza della copertura, l'eventuale Franchigia, le Somme Assicurate e il Premio imponibile con le relative imposte governative.
Contagio	Infortunio dovuto a causa esterna improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabili in base alle condizioni di Polizza.
Contraente	ASMOOI – Associazione Sindacale Medici Oculisti ed Ortottisti Italiani
Danno	Il pregiudizio subito dall'Aderente/Assicurato in conseguenza di un Sinistro.
Epatite	L'infiammazione del fegato dovuta un Contagio a seguito di infezione cronica per Epatite B o Epatite C.
Epatite B	Malattia infettiva e cronica, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia Hepadna Viridae, con evidenza riferita a marcatori sierologici
Epatite C	Malattia infettiva causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).
Paese Estero	Mondo intero, escluso il territorio della Repubblica Italiana.
Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto, che costituisce elemento integrante della copertura assicurativa ed indica la parte del Danno che per ciascun Sinistro rimane a carico dell'Aderente/Assicurato.
Franchigia relativa	La Franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della Franchigia, la Società non corrisponde l'Indennizzo; ma se il Danno è superiore all'ammontare della Franchigia, la Società lo indennizza senza tener conto della Franchigia, che si intenderà pertanto abrogata.

HIV	Virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS).
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Infortunio	L'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili ivi inclusi gli eventi connessi ad aggressioni con violenza fisica
Intermediario	AON S.p.A. - Via Calindri 6, 20143 Milano - al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questa Polizza. Qualora l'Intermediario intenda avvalersi, ai sensi dell'art. 42 del Regolamento 40/2018 e smi di IVASS, di altro soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, nondimeno garantirà l'adempimento di tutti gli obblighi informativi verso il Contraente e verso gli Assicurati previsti dalla normativa vigente.
Invalidità Permanente	La perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Aderente/Assicurato allo svolgimento di una qualsiasi attività.
Loss Occurrence	Regime di operatività temporale dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa ha ad oggetto gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione.
Modulo di Adesione	Il documento nel quale sono indicati i dati e le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato, compilato e sottoscritto dall'Aderente/Assicurato stesso per aderire alla presente Polizza.
Morte	Il decesso dell'Aderente/Assicurato a seguito di Infortunio.
Ospedale-Istituto di Cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al Ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali, case di convalescenza e/o Istituti simili.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nel Certificato di Assicurazione, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice civile.
Polizza/Polizza Collettiva	Il presente documento che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di assicurazione e che disciplina i rapporti assicurativi tra Società Contraente e Aderente/Assicurato.
Premio	La somma dovuta dall'Aderente/Assicurato alla Società per la copertura assicurativa prestata dalla Società.
Preesistenze	Qualsiasi Malattia o sintomo o Infortunio occorso prima della sottoscrizione dell'Assicurazione, incluse le anomalie congenite.
Ricovero	Degenza in Ospedale-Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La possibilità che si verifichi il Sinistro.
Rischio in Itinere	Si intende come definito e disposto dall'Art. 12 del Decreto Legislativo n. 38/2000.
Rischio Professionale	Attività professionali principali e secondarie nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività principali e secondarie.
Rischio Extra-Professionale	Ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente

Scheda di Polizza	Il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza Collettiva.
Sforzo	Dispiego improvviso e anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso occorso durante il Periodo di Assicurazione per il quale è prestata l'Assicurazione.
Società	AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.
Somma Assicurata	L'importo indicato nel Certificato di Assicurazione in relazione al quale la Società si impegna a fornire la propria prestazione.
Sport del tempo libero	Gli sport aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'Infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di Sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.
Vendita a distanza	Qualunque modalità di vendita che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e dell'Aderente/Assicurato, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi facilmente individuabili all'interno delle Condizioni di Assicurazione che hanno l'obiettivo di fornire risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità o punti su cui porre particolare attenzione.

Queste precisazioni non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni cui si riferiscono.



Che cosa è assicurato?

Informazioni sull'Assicurazione

La presente *Assicurazione*, prestata nella forma **Loss Occurrence**, è rivolta al medico, iscritto all'Albo Professionale del relativo Ordine e/o in possesso dei titoli e delle abilitazioni previste dalla legge per l'esercizio dell'attività oggetto della copertura assicurativa, socio del *Contraente*, e li assicura, nei limiti delle Garanzie e delle *Somme Assicurate* indicate nel *Certificato di Assicurazione*, per gli *Infortuni* subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale, compreso il *Rischio in Itinere* (cd. *Rischio Professionale*) e di ogni altra attività che non ha carattere professionale (c.d. *Rischio Extra-Professionale*). Limitatamente alla Garanzia 3 Virus (*HIV, Epatite B e Epatite C*), l'*Assicurazione* tiene indenne l'*Aderente/Assicurato* dagli *Infortuni* subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'attività professionale (c.d. *Rischio Professionale*), compreso il *Rischio in Itinere*.

Articolo 1 Oggetto, forma ed efficacia dell'Assicurazione

1.1 Oggetto

L'*Assicurazione* è prestata per gli *Infortuni* che l'*Aderente/Assicurato* subisce **nei limiti delle Somme Assicurate** indicate nel *Certificato di Assicurazione*, per le seguenti Garanzie che si intendono sempre operanti:

- *Morte da Infortunio*;
- *Invalidità Permanente da Infortunio*;
- 3 Virus (*HIV, Epatite B e Epatite C*);
- Supervalutazione dell'*Invalidità Permanente Totale da Infortunio* degli arti superiori, della vista, della voce e dell'udito.

1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione

L'*Assicurazione* è prestata nella forma **Loss Occurrence**, ossia è intesa a tutelare l'*Aderente/Assicurato* per gli *Infortuni* occorsi durante il *Periodo di Assicurazione* indicato nel *Certificato di Assicurazione* e purché denunciati entro il termine definito all'Art. 5.1 e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

1.3 Operatività delle Garanzie

L'*Assicurazione* è prestata per gli *Infortuni* che l'*Aderente/Assicurato* subisca nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale oggetto di copertura, compreso il *Rischio in Itinere* (cd. *Rischio Professionale*) e di ogni altra attività che non ha carattere professionale (c.d. *Rischio Extra-Professionale*).

Limitatamente alla Garanzia 3 Virus (*HIV, Epatite B e Epatite C*), l'*Assicurazione* è prestata per gli *Infortuni* subiti nell'espletamento delle mansioni relative all'Attività Professionale (cd. *Rischio Professionale*), compreso il *Rischio in Itinere*.

1.4 Surroga

La *Società* è surrogata nei diritti dell'*Aderente/Assicurato*, ai sensi dell'art. 1916 del Codice civile, verso i terzi responsabili dell'*Infortunio*.

1.5 Garanzie sempre valide e operanti

1.5.1 Morte da Infortunio

La garanzia riguarda l'*Infortunio* che ha come conseguenza la *Morte*. La *Somma Assicurata* viene liquidata ai *Beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'*Aderente/Assicurato* in parti uguali, fermo quanto previsto dall'Art. 5.2.

1.5.2 Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia riguarda l'*Infortunio* che ha come conseguenza l'*Invalidità Permanente* e **previa detrazione della Franchigia per Sinistro** indicata nel *Certificato di Assicurazione*.

1.5.3 Virus (*HIV, Epatite B e Epatite C*)

La garanzia riguarda l'*Infortunio* che ha come conseguenza il *Contagio* da virus *HIV* (Human Immunodeficiency Virus) o *Epatite B* o *Epatite C*.

1.6 Estensioni di garanzia incluse nel Premio

(sempre valide ed operanti)

1.6.1 Precisazioni sull'oggetto di copertura

Ai sensi della presente *Polizza* sono considerati *Infortuni*, a titolo esemplificativo e non limitativo e **purché non espressamente esclusi** anche:

1. l'asfissia non di origine morbosa;
2. gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;

3. l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
4. i colpi di sole o di calore;
5. le lesioni determinate da sforzi (**esclusi gli infarti**);
6. punture di insetti (**escluso la malaria**), morsi di rettili e animali;
7. le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
8. le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
9. la folgorazione.

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

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

1.6.2 Morte presunta

Qualora a seguito di *Infortunio* indennizzabile a termini di *Polizza*, il corpo dell'*Aderente/Assicurato* non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la *Società* liquiderà il capitale previsto per il caso *Morte* ai *Beneficiari* in parti uguali, fatto salvo quanto previsto per le spese funerarie all'Art. 1.6.6 la liquidazione non avverrà prima della sentenza che dichiari l'assenza ai sensi degli artt. 49 e 50 del Codice civile.

Tuttavia, in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'*Aderente/Assicurato*, se entro 6 (sei) mesi dalla data del *Sinistro* il corpo dell'*Aderente/Assicurato* non venisse ritrovato, la *Società* corrisponderà l'Indennità prevista per il caso di *Morte* (artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Nel caso in cui, dopo il pagamento dell'Indennizzo, risulti che l'Aderente/Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Aderente/Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

1.6.3 Stato di coma

Quando, a seguito di *Infortunio* indennizzabile a termini di *Polizza*, l'*Aderente/Assicurato* entra in coma certificato da un Medico ed è ricoverato in un *Ospedale*, Clinica o Istituto Sanitario, la *Società* pagherà all'*Aderente/Assicurato* o ai suoi *Beneficiari* la **somma giornaliera di € 30,00 (trenta) per ogni giorno di coma per un periodo massimo di 360 (trecentosessanta) giorni. Questo pagamento è dovuto a decorrere dal 30° (trentesimo) giorno consecutivo di coma e con il limite di € 10.000,00 (diecimila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.**

1.6.4 Ernie traumatiche e da Sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille

Si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un **Indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio indicata nel Certificato di Assicurazione;**
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un **Indennizzo pari al 5% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio indicata nel Certificato di Assicurazione.**

Nel caso in cui un *Infortunio* indennizzabile ai termini della presente *Polizza* provochi una rottura sottocutanea del tendine di Achille, la *Società* riconoscerà per tale lesione un **Indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio indicata nel Certificato di Assicurazione, ma con il limite massimo di € 5.000,00 (cinquemila) per Sinistro e Periodo di Assicurazione ma ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.**

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 5.12.

1.6.5 Danni Estetici

Si conviene che in caso di *Infortunio* con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comporti *Indennizzo* a titolo di *Invalidità Permanente da Infortunio*, la *Società* rimborserà **fino ad un massimo di € 3.000,00 (tremila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** le spese documentate sostenute dall'*Aderente/Assicurato* per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il *Danno* estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

1.6.6 Rimborso spese funerarie

In caso di *Morte* a seguito di *Infortunio* indennizzabile ai termini di *Polizza*, la *Società* rimborserà le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute **fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila).**

1.6.7 Rimpatrio salma

In caso di *Morte* dell'*Aderente/Assicurato* avvenuta in un *Paese Estero* a seguito di *Infortunio* indennizzabile a termini di *Polizza*, la *Società* rimborserà ai *Beneficiari* dell'*Aderente/Assicurato* le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, **fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila)**, fatto salvo quanto previsto per le spese funerarie all'Art. 1.6.6.

1.6.8 Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di *Infortunio* indennizzabile ai sensi di *Polizza*, l'*Aderente/Assicurato* necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la *Società* rimborserà **fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione** i costi eventualmente addebitati all'*Aderente/Assicurato* dai soccorritori.

1.6.9 Morte conseguente a rapine e aggressioni in genere

In caso di *Morte* dell'*Aderente/Assicurato* a seguito di rapine, tentate rapine, estorsioni, tentativi di sequestro, atti di vandalismo o aggressioni in genere, la *Società* corrisponderà la *Somma Assicurata* per la garanzia *Morte* indicata nel *Certificato di Assicurazione* **aumentata del 50% e con il limite massimo di € 50.000,00 (cinquantamila) per Sinistro e per Periodo di Assicurazione.**

1.6.10 Malattie tropicali

L'*Assicurazione* è estesa alle conseguenze di malattie tropicali trasmesse da vettori ed elencate dal Ministero della Salute qualora l'*Aderente/Assicurato* comprovi di essersi sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi e vaccinazione. L'*Indennizzo* sarà liquidato secondo la tabella di cui all'Art. 5.5, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite alle *Somme Assicurate* indicate nel *Certificato di Assicurazione* per il caso di *Invalidità Permanente* da *Infortunio* e che la liquidazione verrà fatta dalla *Società* in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita.

La Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio è in ogni caso soggetta ad una Franchigia assoluta del 20%.

1.6.11 Rischio guerra

La copertura è estesa agli *Infortuni* derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'*Aderente/Assicurato* risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un *Paese Estero*, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo, fermo quanto disposto dall'Art 2.1.4

1.6.12 Rischio volo

La copertura è estesa agli *Infortuni* subiti dall'*Aderente/Assicurato* durante i viaggi aerei effettuati esclusivamente come passeggero (ovvero non come pilota o altro membro dell'equipaggio), su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali *Infortuni* che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'*Aderente/Assicurato* fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

1.6.13 Supervalutazione dell'*Invalidità Permanente Totale da Infortunio* degli arti superiori, della vista, della voce e dell'udito

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 5.3, a seguito di un *Infortunio* indennizzabile a termini di *Polizza* che abbia come **conseguenza diretta** la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la *Società* corrisponde all'*Aderente/Assicurato* l'*Indennizzo* applicando le seguenti percentuali:

	<i>Invalidità Permanente Totale sulla Somma Assicurata</i>	
	ARTO DOMINANTE	ARTO NON DOMINANTE
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un arto superiore	100%	100%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di un avambraccio	100%	70%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, di una mano	100%	70%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del pollice	100%	60%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'indice	70%	60%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del medio	50%	40%

	Invalidità Permanente Totale sulla Somma Assicurata	
	ARTO DOMINANTE	ARTO NON DOMINANTE
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, dell'anulare	25%	20%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, del mignolo	25%	20%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del pollice	70%	50%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale dell'indice	50%	30%
Perdita totale, anatomica o funzionale totale, della falange ungueale del medio	20%	10%
Perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano, si sommano le singole percentuali di invalidità ma comunque sino ad un massimo del	100%	
Perdita totale della vista di ambedue gli occhi (cecità assoluta bilaterale)	100%	
Perdita totale della vista da un occhio (cecità assoluta monolaterale)	50%	
Sordità' completa bilaterale	100%	
Sordità' completa unilaterale	30%	
Perdita totale e definitiva della voce	50%	

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali come innanzi determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In tutti gli altri casi non contemplati nel precedente elenco e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la Società riconosce all' Aderente/Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza all'Art. 5.3.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'Invalidità pari alle somme delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Resta inoltre inteso che nel caso in cui il Sinistro comporti la perdita anatomica o funzionale totale dell'arto la valutazione è comprensiva anche delle ulteriori perdite anatomiche relative.

La Somma Assicurata per la presente garanzia è da intendersi pari alla Somma Assicurata per il caso Invalidità Permanente da Infortunio ma la Società liquiderà unicamente la percentuale prevista dalla presente tabella, senza cumulabilità con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.



Che cosa non è assicurato?

Articolo 2 Esclusioni

2.1 Rischi esclusi dall'Assicurazione

Sono esclusi dalla presente *Assicurazione* le richieste di *Indennizzo* e gli *Infortuni* derivanti da:

1. Invaldità preesistenti all'adesione alla presente *Polizza Collettiva*;
2. Ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea;
3. Guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
4. Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale **salvo quanto previsto dall'Art 1.6.11**;
5. Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). Sono comunque esclusi dall'*Assicurazione* indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito i *Sinistri* direttamente o indirettamente originati da qualsiasi pandemia, epidemia, esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
6. Delitti e/o fatti dolosi compiuti o tentati dall'*Aderente/Assicurato*;
7. Pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: downhill, parkour, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, rafting, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, alpinismo in solitaria, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci e snowboard acrobatici e/o estremi, sci alpinismo, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (free-climbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, immersioni con autorespiratore. Sono comunque esclusi gli *Infortuni* derivanti dalla pratica professionale di qualsiasi sport e/o che comunque comporti remunerazione;
8. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) sportive, salvo che abbiano carattere ricreativo;
9. Partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura, ossia le gare in cui i concorrenti debbono completare un percorso in un tempo definito, rispettando una tabella di marcia;
10. Voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del *Contraente* o dell'*Aderente/Assicurato*, **salvo quanto previsto dall'Art 1.6.12**;
11. Abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
12. Stato di intossicazione alcolica, corrispondente ad un tasso alcolemico pari o superiore ai valori riportati nel Codice della Strada;
13. Arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
14. Colpa grave dell'*Aderente/Assicurato* e atti di pura temerarietà dell'*Aderente/Assicurato*;
15. Suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
16. *Atti di Terrorismo* e tumulti popolari;
17. Sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto/asbesto;
18. Operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da *Infortunio*.

2.2 Ulteriori esclusioni applicabili alla Garanzia 3 Virus (HIV, Epatite B o Epatite C)

Restano esclusi dalla copertura 3 Virus:

1. *Contagi HIV, HBV e/o HCV* avvenuti prima dell'adesione alla presente *Polizza Collettiva*;
2. *Contagi* non riconducibili allo svolgimento dell'Attività Professionale oggetto di copertura (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, *Infortuni* domestici, tatuaggi, trasfusioni, etc);
3. Qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV e/o HCV, come ad esempio: epatite alcolica, epatite tossica, epatite autoimmune, etc.



Ci sono limiti di copertura?

Articolo 3 Limiti di copertura

3.1 Franchigia garanzia *Invaldità Permanente da Infortunio*

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 5.3 la garanzia *Invaldità Permanente da Infortunio* è prestata con l'applicazione di una *Franchigia* pari al:

- 3% relativa al 10% sul *Rischio Professionale*, compreso il *Rischio in Itinere*;
- 3% relativa al 10% sul *Rischio Extra-professionale*;
- 5% relativa al 15% sugli *Sport del tempo libero*.

Esempio 1: Mi sono fratturato il dito della mano sinistra giocando a tennis. Mi sono stati riconosciuti 2 punti di *Invaldità Permanente da Infortunio*.

Come opera la Franchigia 5% relativa al 15% sugli Sport del tempo libero?

La Società non liquiderà alcun Indennizzo per *Invaldità Permanente da Infortunio* poiché l'*Invaldità Permanente* accertata è inferiore al 5%.

Esempio 2: Mi sono fratturato il braccio sciando. Mi sono stati riconosciuti 9 punti di *Invaldità Permanente da Infortunio*.

Come opera la Franchigia 5% relativa al 15% sugli Sport del tempo libero?

La Società liquiderà l'Indennizzo per *Invaldità Permanente* per la parte eccedente il 5% e inferiore al 15%, ossia 4% %.

Esempio 3: Mi sono fratturato la gamba alla guida del mio veicolo durante il tempo libero. Mi sono stati riconosciuti 12 punti di *Invaldità Permanente da Infortunio*.

Come opera la Franchigia 3% relativa al 10% sul Rischio Extra-professionale?

La Società corrisponderà l'Indennizzo per *Invaldità Permanente* senza applicazione di alcuna *Franchigia*, che si intenderà pertanto abrogata.

3.2 Persone non assicurabili

L'*Assicurazione* non è operante per le persone che risultino affette, anche dopo l'adesione alla presente *Polizza Collettiva*, da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei. L'*Assicurazione* cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'*Assicurazione* in corso la Società rimborsa all'*Aderente/Assicurato*, la parte di *Premio* netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del *Periodo di Assicurazione* per il quale era stato corrisposto il *Premio*.

3.3 Limiti di età dell'*Aderente/Assicurato*

L'*Assicurazione* si intende prestata per coloro che abbiano compiuto almeno 18 anni e non abbiano ancora compiuto 80 anni alla data di decorrenza della copertura indicata nel *Certificato di Assicurazione*. Qualora l'*Aderente/Assicurato* raggiunga tale età durante il *Periodo di Assicurazione*, l'*Assicurazione* mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza e cesserà al compimento di detto termine.

3.4 Limite di Indennizzo – *Sinistro* catastrofale

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a indennizzare, a seguito del medesimo *Sinistro*, un importo complessivo superiore a € 2.500.000 (due milioni e cinquecentomila). In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso rischio con altre polizze stipulate dallo stesso *Aderente/Assicurato*. Se gli *Indennizzi* complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

3.5 Sanzioni Internazionali

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

3.6 Somme Assicurate, limiti di Indennizzo e Franchigie

L'Assicurazione opera fino alla concorrenza delle *Somme Assicurate* per *Sinistro* e per *Periodo di Assicurazione* indicate nel *Certificato di Assicurazione* e dei limiti di *Indennizzo* di seguito riportati:

Articolo	Garanzia	Somma Assicurata e limiti di Indennizzo per Sinistro e per Periodo di Assicurazione	Franchigia e/o Carenza
<u>Garanzie sempre valide e operanti</u>			
1.5.1	Morte da Infortunio	Come riportato nel <i>Certificato di Assicurazione</i>	-
1.5.2	Invalidità Permanente da Infortunio Rischio Professionale e in itinere	Come riportato <i>Certificato di Assicurazione</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Rischio Professionale</i>, compreso il <i>Rischio in Itinere</i>: 3% relativa al 10% • <i>Rischio Extra-Professionale</i>: 3% relativa al 10% • <i>Sport del tempo libero</i>: 5% relativa al 15%
1.5.3	3Virus	Come riportato nella <i>Scheda di Polizza</i>	-
<u>Estensioni di copertura sempre valide e operanti e incluse nel Premio</u>			
1.6.3	Stato di Coma	€ 30,00 al giorno per massimo di 360 giorni e € 10.000,00	30 giorni
1.6.4	Ernie traumatiche e da Sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille	2% della <i>Somma Assicurata</i> per <i>Invalidità Permanente</i> in caso di ernia discale o addominale operata o operabile	-
		5% della <i>Somma Assicurata</i> per <i>Invalidità Permanente</i> in caso di ernia addominale non operabile	
		2% della <i>Somma Assicurata</i> per <i>Invalidità Permanente</i> in caso di rottura sottocutanea del tendine di Achille per massimo di € 5.000,00	
1.6.5	Danni Estetici	€ 3.000,00	-
1.6.6	Rimborso spese funerarie	€ 5.000,00	-
1.6.7	Rimpatrio salma	€ 5.000,00	-
1.6.8	Costi di salvataggio e ricerca	€ 5.000,00	-
1.6.9	Morte conseguente a rapine e aggressioni in genere	Aumento del 50% della <i>Somma Assicurata</i> per la garanzia <i>Morte da Infortunio</i> con il limite massimo di € 50.000,00 per <i>Sinistro</i> e per <i>Periodo di Assicurazione</i>	-
1.6.10	Malattie tropicali	<i>Somma Assicurata</i> per <i>Invalidità Permanente da Infortunio</i> per <i>Periodo di Assicurazione</i>	20%
1.6.13	Supervalutazione da <i>Invalidità Permanente Totale da Infortunio</i>	Come riportato all'Art. 1.6.13	-



Dove vale la copertura?

Articolo 4 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero. In ogni caso, l'eventuale *Indennizzo* sarà corrisposto in Italia e in euro.

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



Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

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

Articolo 5 *Sinistri*

5.1 Obblighi dell'*Aderente/Assicurato* in caso di *Sinistro*

La denuncia dell'*Infortunio* con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società (AmTrust Assicurazioni S.p.A. – Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com, che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali) o all'*Intermediario* cui è assegnata la *Polizza*, **entro 15 (quindici) giorni lavorativi dall'*Infortunio* o dal momento in cui, l'*Aderente/Assicurato* o i suoi aventi diritto, ne abbiano avuto la possibilità.**

In mancanza, la Società non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del *Sinistro*, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

L'*Aderente/Assicurato* è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'*Infortunio*, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura.

Avvenuto l'*Infortunio*, l'*Aderente/Assicurato* deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'*Aderente/Assicurato* deve inviare sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, redatti in lingua italiana o se redatti in lingua diversa, accompagnati da traduzione asseverata.

Qualora l'*Infortunio* abbia cagionato la *Morte* dell'*Aderente/Assicurato* o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

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

In caso di *Contagio* per infezione da *HIV* o *Epatite* cronica *B* o *C* a seguito di trasfusione di sangue, l'*Aderente/Assicurato* deve presentare uno specifico referto medico che ne specifichi l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni. In caso di *Contagio* a seguito di aggressione fisica, deve essere presentata la copia della denuncia presso l'autorità competente.

Anche ai fini della trattazione dei *Sinistri*, la Società ha il diritto di accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'*Aderente/Assicurato* ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

5.2 Liquidazione ai *Beneficiari* per la *Morte* dell'*Assicurato*

La *Somma Assicurata* per il caso di *Morte* viene liquidata dalla Società ai *Beneficiari* designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'*Aderente/Assicurato* in parti uguali, **purché la *Morte* dell'*Aderente/Assicurato* risulti conseguente a un *Infortunio* risarcibile a termini di *Polizza* e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'*Infortunio* stesso è avvenuto.**

5.3 Liquidazione per *Invalidità Permanente* da *Infortunio*

Se l'*Infortunio* ha per conseguenza un'*Invalidità Permanente*, salvo quanto previsto all'Art. 1.6.13 e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale è avvenuto l'*Infortunio* stesso, la Società liquida per tale titolo un *Indennizzo* calcolato sulla *Somma Assicurata* per tale garanzia, secondo la tabella di cui all'Art. 5.5 (con esclusione, comunque, di ogni qualsiasi *Invalidità conseguente a malattia professionale*) e con l'applicazione della *Franchigia* indicata nel *Certificato di Assicurazione*. Per gli *Assicurati* mancini le percentuali di *Invalidità Permanente* previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di *Invalidità Permanente* non specificati nella già menzionata tabella, l'*Indennizzo* viene stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente/Assicurato* ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di *Invalidità Permanente* viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'*Aderente/Assicurato* sono considerate permanentemente immutabili.

5.4 Criteri di indennizzabilità per *Sinistri* conseguenti ad *Infortunio*

La Società corrisponde l'*Indennizzo* per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*Infortunio* che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per il *Contraente* di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli *Assicurati* fossero affetti al momento dell'adesione alla presente *Polizza Collettiva* o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto, l'influenza che l'*Infortunio* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che

esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'*Infortunio*, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'*Indennizzo per Invalidità Permanente* è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'*Infortunio*.

5.5 Valutazione speciale per *Invalidità Permanente da Infortunio*

Se l'*Infortunio* ha per conseguenza una *Invalidità Permanente* e questa, anche se successiva alla scadenza della copertura, si verifica entro 2 (due) anni dal giorno dal quale l'*Infortunio* è avvenuto, la *Società* liquida a tale titolo l'Indennità, calcolandola sulla *Somma Assicurata* indicata nel *Certificato di Assicurazione*, in proporzione al grado di *Invalidità Permanente* accertata, secondo le percentuali previste dalla Tabella di seguito indicata.

Accertata	Liquidata	Accertata	Liquidata	Accertata	Liquidata
11%	11%	31%	32%	51%	72%
12%	12%	32%	34%	52%	74%
13%	13%	33%	36%	53%	76%
14%	14%	34%	38%	54%	78%
15%	15%	35%	40%	55%	80%
16%	16%	36%	42%	56%	82%
17%	17%	37%	44%	57%	84%
18%	18%	38%	46%	58%	86%
19%	19%	39%	48%	59%	88%
20%	20%	40%	50%	60% e oltre	100%
21%	21%	41%	52%		
22%	22%	42%	54%		
23%	23%	43%	56%		
24%	24%	44%	58%		
25%	25%	45%	60%		
26%	26%	46%	62%		
27%	27%	47%	64%		
28%	28%	48%	66%		
29%	29%	49%	68%		
30%	30%	50%	70%		

5.6 Cumulo di *Indennizzi delle Garanzie Infortuni e relative Estensioni*

Se dopo il pagamento di un *Indennizzo per Invalidità Permanente*, ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'*Infortunio* e in conseguenza di questo, l'*Aderente/Assicurato* muore, la *Società* corrisponde ai *Beneficiari* designati, o in difetto, agli eredi dell'*Aderente/Assicurato* in parti uguali, la differenza tra l'*Indennizzo* pagato e quello assicurato per il caso *Morte*, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'*Indennizzo per Invalidità Permanente* è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'*Aderente/Assicurato* muore per causa indipendente dall'*Infortunio* dopo che l'*Indennizzo* sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la *Società* paga ai *Beneficiari* l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

5.7 Anticipo *Indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio*

Qualora a seguito di *Infortunio* indennizzabile dalla presente *Polizza*, fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della *Società*, **postumi di Invalidità Permanenti superiori al 30%**, la *Società* metterà a disposizione, quale anticipo *Indennizzo*, **un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile**.

Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla *Società* nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

5.8 Liquidazione dell'Indennizzo in caso di Contagio da 3 Virus (HIV, Epatite B e Epatite C)

La Società garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito nel *Certificato di Assicurazione* per il caso di *Contagio* da virus *HIV* (Human Immunodeficiency Virus) o *Epatite B* o *C* occorsi all'*Aderente/Assicurato* durante lo svolgimento dell'Attività Professionale e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. entro 5 (cinque) giorni dal presunto *Contagio*;
2. a distanza di 2 (due) mesi dal presunto *Contagio*;
3. a distanza di 6 (sei) mesi dal presunto *Contagio* (in caso di negatività del test di cui al punto 2).

Esiti test di cui al punto 1:

- Positivo: **non sarà dovuto alcun Indennizzo e l'Assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.**
- Negativo: l'*Aderente/Assicurato* dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- Positivo: l'*Aderente/Assicurato* dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di *Contagio* da Virus *HIV* o *Epatite C*; *verificare la nota qui sotto per l'Epatite B*
- Negativo: l'*Aderente/Assicurato* dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Nota: In caso di *Epatite B* i test che devono essere fatti dall'*Aderente/Assicurato* dovranno essere sempre e solo 3 e quindi dopo 5 (cinque) giorni, dopo 2 (due) mesi e dopo 6 (sei) mesi. Solamente in caso di esito positivo, l'*Aderente/Assicurato* dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di *Contagio*.

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'*Aderente/Assicurato* dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di *Contagio* da Virus *HIV* o *Epatite B* o *C*;
- Negativo: **la Società non procederà ad alcun Indennizzo.**

5.9 Prova

Colui che richiede l'Indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Aderente/Assicurato*.

5.10 Coesistenza di altre assicurazioni

L'*Aderente/Assicurato*, in caso di *Sinistro*, deve comunicare alla Società la coesistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio ed è tenuto a denunciare il *Sinistro* a tutti gli assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

5.11 Liquidazione del Sinistro

La Società si impegna a pagare all'*Aderente/Assicurato* le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di definizione dell'importo del *Sinistro* o del mancato accordo.

5.12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio

In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze dell'*Infortunio*, la Società e l'*Aderente/Assicurato* potranno conferire mandato ad un Collegio di 3 (tre) medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'*Aderente/Assicurato* o dagli aventi diritto, entro 30 (trenta) giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunicherà all'*Aderente/Assicurato*, entro 30 (trenta) giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'*Aderente/Assicurato* entro una terna di medici proposta dai 2 (due) primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Aderente/Assicurato*.

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

Altri obblighi derivanti dal contratto

Articolo 6 Obblighi in capo alla Società, al Contraente o all'Aderente/Assicurato

6.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione formano la base dell'Assicurazione e rilevano ai fini della decisione della Società di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

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

Come faccio a sapere cosa prevede l'art. 1892 del Codice civile riguardo alle dichiarazioni sulle circostanze del rischio?

Puoi facilmente leggere cosa prevedono gli articoli del Codice civile citati nelle Condizioni di Assicurazione consultando la sezione Norme di legge citate in Polizza che si trova sul fondo delle Condizioni di Assicurazione e dove sono riportati integralmente gli articoli.

6.2 Altre assicurazioni

Fermo restando quanto previsto in caso di Sinistro all'Art. 5.10, l'Aderente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre società.

6.3 Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Aderente/Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio.

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

6.4 Assicurazione per conto altrui

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

6.5 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Per ogni controversia con la Società è competente il Foro di residenza o di domicilio dell'Aderente/Assicurato.

6.6 Comunicazioni

a) Comunicazioni alla Società

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

I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

Tel. 0283438150 – Fax. 0283438174

Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com

Sito Internet: www.amtrust.it

b) Forma delle comunicazioni in caso di Vendita a distanza

Qualora il contratto sia stato promosso o collocato a distanza, l'Aderente/Assicurato:

- a) ha il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
- b) ha il diritto di richiedere la variazione della tecnica di comunicazione a distanza.

6.7 Clausola Broker

Qualora il *Contraente* abbia affidato all'*Intermediario* indicato in *Polizza*, in qualità di Broker iscritto al RUI, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente *Assicurazione*, agli effetti delle condizioni normative tutte della presente *Polizza*, la *Società* dà atto che ogni comunicazione fatta dal *Contraente* all'*Intermediario* incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata (o mezzi legalmente equivalenti) si intenderà come fatta alla *Società*, come pure ogni comunicazione fatta dall'*Intermediario* alla *Società*, in nome e per conto del *Contraente*, si intenderà fatta dal *Contraente* stesso, facendo fede per la validità la data della comunicazione inviata per iscritto.



Quando e come devo pagare?

Articolo 7 Pagamento e rimborso del Premio

7.1 Pagamento del Premio della Polizza Collettiva

All'atto del perfezionamento della *Polizza Collettiva* il *Contraente* non versa alcun *Premio*.

7.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione

Il *Premio* è riportato nel *Certificato di Assicurazione* ed è interamente dovuto da parte dell'*Aderente/Assicurato*.

Se l'*Aderente/Assicurato* non paga il *Premio*, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferma la scadenza riportata nel *Certificato di Assicurazione* allineata al 31/12.

Nel caso in cui la data di decorrenza dell'adesione non coincida con la data di decorrenza della *Polizza* o non coincida con la data di decorrenza delle successive annualità della *Polizza* stessa, il *Premio* è calcolato in funzione di 1/360 del *Premio* annuo dovuto per ciascun giorno di durata della copertura, ferma la scadenza riportata nel *Certificato di Assicurazione* allineata al 31/12.

La *Società* accetta che il pagamento dei *Premi* sia fatto tramite l'*Intermediario*; pertanto, il pagamento del *Premio* eseguito all'*Intermediario* stesso si considera effettuato direttamente alla *Società*, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Le modalità di pagamento dei *Premi* sono le seguenti: sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la *Società* o l'*Intermediario* della *Società* a cui è assegnata l'*Assicurazione*.

I *Premi* indicati nella tabella sottostante sono riferiti ad un intero *Periodo di Assicurazione* di durata annuale.

OPZIONE 1		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	PREMIO
<i>Morte da Infortunio</i>	100.000,00 €	155,00 €
<i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	100.000,00 €	
3 Virus	100.000,00 €	
OPZIONE 2		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	PREMIO
<i>Morte da Infortunio</i>	250.000,00 €	345,00 €
<i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	250.000,00 €	
3 Virus	200.000,00 €	
OPZIONE 3		
GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	PREMIO
<i>Morte da Infortunio</i>	500.000,00 €	655,00 €
<i>Invalidità Permanente da Infortunio</i>	500.000,00 €	
3 Virus	200.000,00 €	

Alla scadenza di ogni *Periodo di Assicurazione* l'*Aderente/Assicurato* potrà prorogare in continuità la copertura assicurativa di cui alla presente *Polizza*, sempreché vigente, per ulteriori 12 (dodici) mesi versando il *Premio* annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di Febbraio successivo alla scadenza di tale *Periodo di Assicurazione*.

7.3 Oneri fiscali

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

7.4 Rimborso del Premio

In caso di recesso per *Sinistro* esercitato ai sensi dell'Art. 9.2 all'*Aderente/Assicurato* è dovuto il rimborso della parte di *Premio* imponible relativa al periodo di rischio pagato e non corso. Qualora l'*Aderente/Assicurato* eserciti il "diritto di ripensamento" di cui all'Art. 9.3 ha diritto alla restituzione integrale del *Premio* versato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Articolo 8 Effetto e durata della *Polizza*

8.1 Effetto e durata della *Polizza Collettiva*

La *Polizza Collettiva* ha la durata indicata nella *Scheda di Polizza* e in mancanza di disdetta si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (uno) anno, salvo quanto previsto dall'Art. 9.1.

8.2 Effetto e durata della singola adesione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel *Certificato di Assicurazione*, coincidente con il giorno nel quale è stato sottoscritto il *Modulo di Adesione*, se il *Premio* è stato pagato entro lo stesso giorno, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Indipendentemente dalla data di adesione, il singolo *Certificato di Assicurazione* cessa alla scadenza annuale della *Polizza* ed è senza tacito rinnovo.

Il singolo *Aderente/Assicurato* ha facoltà di prorogare la copertura assicurativa in continuità versando il *Premio* annuo entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese di febbraio successivo alla scadenza. Per la proroga della copertura assicurativa avvenuta entro i termini sopra indicati non è necessaria la compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione*.

Se l'*Aderente/Assicurato* non proroga la copertura assicurativa in continuità nei termini temporali previsti dal comma che precede, la copertura si intenderà automaticamente cessata alla scadenza annuale della *Polizza* ed il medico potrà in seguito aderire nuovamente alla *Polizza* previa compilazione di un nuovo *Modulo di Adesione*; in tal caso il nuovo *Certificato di Assicurazione* e così anche la copertura assicurativa avranno effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la *Polizza*?

Articolo 9 Casi di interruzione del contratto

9.1 Disdetta della *Polizza Collettiva*

Il *Contraente* e la *Società* possono disdire la *Polizza Collettiva* mediante l'invio di lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti) spedita almeno 90 (novanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale. In tal caso la *Polizza Collettiva* cesserà di avere effetto alla scadenza annuale immediatamente successiva, ai sensi dell'Art. 8.1.

9.2 Recesso per *Sinistro*

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

9.3 Diritto di ripensamento

In caso di *Vendita a distanza*, l'*Aderente/Assicurato* ha 14 (quattordici) giorni di tempo per esercitare il diritto di ripensamento. Tale termine decorre dal giorno di pagamento del *Premio*. In tal caso l'*Assicurazione* sarà annullata dall'origine ed all'*Aderente/Assicurato* verrà rimborsato il *Premio* pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di ripensamento, tutti gli eventuali *Sinistri* non saranno indennizzati.

La volontà di recedere dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti), inviata all'*Intermediario* incaricato o alla *Società*.

NORME DI LEGGE UTILI PER LA COMPrensIONE DELLA POLIZZA

Testo articoli del Codice civile

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospendere l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1891 Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2055 Responsabilità solidale

Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno.

Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate.

Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

NUMERI E RIFERIMENTI UTILI

I riferimenti della Società sono i seguenti:

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

Recapiti	
Telefono	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: 0283438150
Fax	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: 0283438174
	per i Reclami(*): 0283438174
Email	per i Reclami(*): reclami@amtrustgroup.com
	per le comunicazioni inerenti all'Assicurazione: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
	per gli avvisi di Sinistro : sinistri.infortuni@amtrustgroup.com sinistriamtrust@pec.it

(*). È da considerarsi Reclamo, una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta, pertanto, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati esclusivamente per iscritto.



AmTrust Assicurazioni

AmTrust Assicurazioni S.p.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Gentile Cliente,

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

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



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

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





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

info-privacy@amtrustgroup.com.

2. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica

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

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

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

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

3. Natura del conferimento dei dati



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

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

4. Modalità del trattamento e periodo di conservazione dei dati



I dati sono trattati principalmente con strumenti cartacei, elettronici, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e memorizzati su supporti informatici, cartacei e su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto del GDPR, della normativa nel tempo applicabile e delle specifiche disposizioni operative adottate dalla Compagnia in tema di conservazione della documentazione contenente dati personali.

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

5. Soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali



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

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

6. Diffusione dei dati



I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimenti dei dati all'estero



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

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

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



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

9. Diritti dell'interessato



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

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

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