UNIPOLSAI TERZO SETTORE

Servizi all'infanzia

Assicurazione multirischi per le attività ed i servizi dedicati all'infanzia

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario**
- **INFORMATIVA PRIVACY**

Prodotto redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Assicurazione Multirischi per il Terzo Settore

Documento informativo precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: "UNIPOLSAI TERZO SETTORE -SERVIZI ALL'INFANZIA"**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 – Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n.79 alla G.U. n.357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n.276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.046.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i rischi di danni a terzi e/o infortuni inerenti l'esercizio delle attività di servizi all'infanzia, in particolare asili nido privati e scuole dell'infanzia private, ludoteche, baby parking, attività di pre/post scuola e di assistenza allo studio, con possibilità di personalizzare le coperture assicurative.

Che cosa è assicurato?

✓ DANNI A TERZI: danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a Cose, in conseguenza di un fatto inerente l'esercizio di servizi all'infanzia dichiarati in Polizza.

✓ INFORTUNI: : infortuni subiti dagli Assicurati durante lo svolgimento delle attività inerenti servizi all'infanzia dichiarati in Polizza. L'Indennizzo viene corrisposto nelle seguenti ipotesi:

- MORTE: pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato deceduto; la garanzia opera anche in caso di Stato Comatoso Irreversibile dell'Assicurato durato almeno 180 giorni;
- INVALIDITA' PERMANENTE: pagamento dell'Indennizzo in base alla percentuale di invalidità permanente accertata secondo i criteri di valutazione e le tabelle di riferimento contrattualmente indicate.

✓ TUTELA LEGALE: spese legali, spese peritali, spese di giustizia, processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi nell'ambito dei casi indicati contrattualmente.

✓ SEZIONE VOLONTARI:

- DANNI A TERZI: danni involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle attività dichiarate in Polizza;
- INFORTUNI: Infortuni subiti dal Volontario nell'esercizio delle mansioni svolte nell'ambito delle attività dichiarate in Polizza;
- MALATTIA: pagamento di un'Indennità giornaliera in caso di Ricovero in un Istituto di Cura reso necessario da una Malattia Acuta, manifestatasi durante l'espletamento delle mansioni svolte nell'ambito delle attività dichiarate in Polizza.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (di seguito UnipolSai) presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. massimale/somma assicurata).

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]

DANNI A TERZI: Responsabilità civile verso i Prestatori di lavoro (RCO/RCI) / Malattie professionali / RC Patrimoniale / Organizzazioni di manifestazioni e/o gare sportive / Danni alle cose in consegna e/o in custodia / Danni da incendio / RC Proprietà del fabbricato / Collaboratori occasionali (danni subiti) / Cose consegnate (articolo 1784 Codice Civile – guardaroba) / Danni ai locali/Impianti di proprietà di terzi / RC personale singoli espositori / Tirocinio/Stage / Danni a veicoli terzi

INFORTUNI: Rimborso spese mediche / Indennità da Ricovero / Indennità da Ricovero e convalescenza / Indennità da immobilizzazione / Indennità forfettaria per stato comatoso / Invalidità permanente da danno estetico / HIV / Epatite / Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri.

TUTELA LEGALE: Controversie contrattuali di lavoro / Controversie con i fornitori e le Compagnie di Assicurazione / Controversie con i clienti e con il Comune / Sedi/Immobili di proprietà del Contraente / Pacchetto sicurezza / Riforma fiscale e tributaria.

[Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]

Che cosa non è assicurato?

Non sono oggetto di copertura le attività aziendali non indicate in Polizza e tutti i danni causati con dolo dell'Assicurato / Contraente / rappresentanti legali, amministratori o soci a responsabilità illimitata.

✗ DANNI A TERZI: non sono considerati "terzi" ai fini dell'Assicurazione R.C.T. i familiari dell'assicurato, i Prestatori di lavoro, i subappaltatori e i loro dipendenti, qualora si tratti di una persona giuridica il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e i rispettivi familiari.

✗ INFORTUNI: non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni e le persone affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate a Tossicodipendenza.

✗ TUTELA LEGALE: non sono comprese le vertenze legate alla vita privata dell'assicurato.

✗ SEZIONE VOLONTARI: non sono compresi i danni a terzi, gli Infortuni e gli episodi di Malattia derivanti da attività aventi carattere professionale.

- MALATTIA: non sono assicurabili le persone di età superiore agli 80 anni.

Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie o opzioni supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi di danni:

! DANNI A TERZI: subiti dai Prestatori di lavoro, anche occasionali, durante lo svolgimento delle loro attività; da proprietà dei fabbricati; derivanti da spettacoli pirotecnici e/o manipolazione di fuochi d'artificio; derivanti dalla proprietà e/o montaggio o smontaggio di tribune (Valido anche per SEZIONE VOLONTARI – DANNI A TERZI).

! INFORTUNI: determinati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari in conseguenza di Infortunio (Valido anche per SEZIONE VOLONTARI – INFORTUNI).

! TUTELA LEGALE: per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; per controversie contrattuali con i clienti per inadempienze proprie o di controparte, relative a prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal contraente nell'esercizio della sua attività.

! SEZIONE VOLONTARI:

- DANNI A TERZI: derivanti dalle attività di Protezione Civile, Soccorso alpino e Compagnie Barracellari; conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite;
- MALATTIA: cure odontoiatriche e delle paraodontopatie.

Dove vale la copertura?

La copertura in generale vale dove è ubicato il Rischio assicurato con le seguenti precisazioni:

- ✓ DANNI A TERZI: verso terzi opera per i danni cagionati in tutti i Paesi europei; la garanzia R.C.O./R.C.I. opera in tutto il mondo; la garanzia RC Patrimoniale opera in tutto il mondo, escluso USA, Canada e Messico.
- ✓ INFORTUNI: la garanzia opera in tutto il mondo.
- ✓ TUTELA LEGALE: per la difesa penale, per la richiesta di Risarcimento Danni e per la resistenza alla richiesta di Risarcimento di natura extracontrattuale avanzate da terzi, per le vertenze contrattuali in materia di lavoro, con i fornitori, alla locazione, al diritto di proprietà e altri diritti reali la garanzia opera nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein. Per i ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione, per le controversie contrattuali con i clienti e con il Comune e per l'opposizione o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi, per la responsabilità amministrativa la garanzia opera nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.
- ✓ VOLONTARI:

- DANNI A TERZI: la garanzia opera per i danni cagionati in tutti i Paesi europei;
- INFORTUNI: la garanzia opera in tutto il mondo;
- MALATTIA: la garanzia opera in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della Polizza e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di Sinistro.

Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Il Premio può essere frazionato in rate semestrali, quadrimestrali e trimestrali oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. Previo accordo di UnipolSai il Premio annuo può essere frazionato senza oneri in rate mensili con addebito diretto su conto corrente. L'eventuale frazionamento è indicato in Polizza. Se il contratto è stipulato per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni), il Premio di ciascuna annualità è calcolato con applicazione di una riduzione, che è indicata sulla Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UnipolSai al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un anno, e così successivamente, o senza tacito rinnovo, e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza.

Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta ad UnipolSai. Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione. Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere - solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni - dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non puoi recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza. Quando è pattuita la non rinnovabilità, la po¬lizza cessa alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Assicurazione Multirischi per il Terzo Settore

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI TERZO SETTORE – SERVIZI ALL'INFANZIA
Data: 15/01/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, avente Sede Legale in Via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia), tel. 051. 5077111, sito internet www.unipolsai.it, indirizzo e-mail: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it, iscritta all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046 e alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.752,83 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.223,47 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità(SCR), relativo all'esercizio 2017, è pari ad € 2.925,92 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.316,66 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.693,45 milioni e ad € 7.060,99 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2017, pari a 2,63 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
DANNI A TERZI	
Modifica Franchigia	*L'importo della Franchigia per i danni alle cose della garanzia base RCT si intende modificato, sulla base delle scelte del contraente, in € 500,00 o € 1.000,00 a fronte di una Franchigia base di € 250,00.*
INFORTUNI	
Modifica Franchigia - Invalidità permanente con Franchigia al 10%	*UnipolSai in caso di Invalidità permanente di grado inferiore o uguale al 10% non corrisponderà alcun indennizzo.*
Modifica franchigia - Invalidità permanente con Franchigia 5%	*UnipolSai in caso di Invalidità permanente di grado inferiore o uguale al 5% non corrisponderà alcun indennizzo.*
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
DANNI A TERZI	
Responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO/RCI)	*Copre i danni causati ai prestatori di lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.*
Malattie professionali	*Comprende i danni derivanti da Malattia professionale, manifestatasi in data posteriore alla stipulazione della Polizza, riconosciuta dall' I.N.A.I.L. e/o dalla Magistratura.*
RC Patrimoniale	*Tiene indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per Perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi.*
Persone non associate	*Opera anche quando alle attività indicate in Polizza vengano ammesse persone non associate.*
Organizzazioni di manifestazioni e/o gare sportive	*L'Assicurazione si estende all'organizzazione e/o gestione di manifestazioni e/o gare sportive.*
Danni alle cose in consegna e/o in custodia	*L'Assicurazione si estende ai danni alle cose di terzi in consegna e custodia o detenute a qualsiasi titolo dall'Assicurato.*
Danni da incendio	*Comprende la responsabilità civile derivante agli Assicurati per danni a Cose altrui a seguito di incendio, esplosione, scoppio.*
RC Proprietà del fabbricato	*Comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in polizza.*
Collaboratori occasionali (danni subiti)	*Comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti dai titolari e/o dipendenti di imprese che svolgono per conto dell'assicurato lavori di pulizia, manutenzione, riparazione e da persone che collaborano anche occasionalmente con l'Assicurato.*
Cose consegnate (articolo 1784 Codice Civile – guardaroba)	*L'Assicurazione si estende alla responsabilità civile derivante al Contraente/Assicurato per le cose a lui consegnate.*
Danni ai locali/impianti di proprietà di terzi	*Comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni causati ai locali, impianti ed attrezzature in uso, consegna e/o custodia all'Assicurato stesso.*
RC personale singoli espositori	*Comprende la responsabilità civile dei singoli espositori.*
Tirocinio/stage	*L'Assicurazione si estende alla responsabilità civile personale dei tirocinanti/stagisti per danni causati a terzi durante il periodo di tirocinio/stage presso aziende/enti.*
Danni ai veicoli di terzi	*Comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti da veicoli di terzi posteggiati negli spazi di pertinenza del Contraente.*

Eliminazione Franchigia	*L'importo della Franchigia per Sinistro previsto per i danni alle Cose per la garanzia base RCT, si intende annullato.*
Estensione territoriale R.C.T.	*La Garanzia RCT si intende estesa in tutto il mondo.*
INFORTUNI	
Rimborso spese mediche	*UnipolSai provvede al rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per una serie di prestazioni sanitarie contrattualmente indicate.*
Indennità da Ricovero	*UnipolSai corrisponde all'Assicurato in caso di Ricovero in Istituto di Cura un'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza o di Day-Hospital.*
Indennità da Ricovero e Convalescenza	*UnipolSai corrisponde all'Assicurato una Indennità per Convalescenza da Infortunio.*
Indennità da immobilizzazione	*UnipolSai corrisponde all'Assicurato una Indennità qualora l'Infortunio abbia determinato una immobilizzazione.*
Indennità forfettaria per Stato Comatoso	*UnipolSai corrisponde un indennizzo forfettario per il caso Morte qualora l'Infortunio abbia determinato lo Stato Comatoso dell'Assicurato.*
Invalidità permanente da danno estetico	*La copertura si estende ai danni permanenti di tipo estetico.*
HIV	*Opera in caso di contagio da virus di HIV a causa di un evento accidentale ed esterno occorso all'Assicurato nell'esercizio delle mansioni per le quali è prestata l'assicurazione.*
Epatite	*Opera in caso di contagio da virus epatitico a causa di un evento accidentale ed esterno occorso all'Assicurato nell'esercizio delle mansioni per le quali è prestata l'assicurazione*
Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri	*UnipolSai corrisponde una Indennità maggiorata qualora il Ricovero in un Istituto di Cura sia di durata superiore a 20 giorni.*
Tabelle INAIL	*L'Invalidità permanente viene stabilita sulla base delle percentuali di cui all'allegato 1 al T.U. per l'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali.*
TUTELA LEGALE	
Controversie contrattuali di lavoro	*Opera a favore del Contraente per le controversie contrattuali individuali di lavoro connesse all'attività associativa.*
Controversie con i fornitori e le Compagnie di Assicurazione	*Opera a favore del Contraente per le controversie contrattuali connesse all'attività associativa con i fornitori e le Compagnie di Assicurazione.*
Controversie con i clienti e con il Comune	*Opera a favore del Contraente per le controversie contrattuali connesse all'attività associativa con i clienti e con il Comune.*
Sedi/Immobili di proprietà del contraente	*Opera a favore del Contraente in relazione ai beni immobili utilizzati esclusivamente per l'esercizio dell'attività associativa per le richieste di risarcimento danni extracontrattuali provocati agli immobili da fatti illeciti di terzi, per la difesa penale in procedimenti per delitti colposi e contravvenzioni, per le controversie relative alla locazione e al diritto di proprietà.*
Pacchetto sicurezza	*Riguarda la tutela del contraente in caso di contestazione di inosservanza degli obblighi e adempimenti della normativa sulla Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e sulla Tutela della Privacy.*
Riforma fiscale e tributaria	*Opera a favore del Contraente per prestare ricorso avverso la sanzione amministrativa comminata dall'autorità preposta.*

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*

Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo/Risarcimento.
La Garanzia base della SEZIONI DANNI A TERZI prevede l'applicazione di una Franchigia di euro 250,00 per Sinistro per i danni alle Cose. Per i danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, artigianali commerciali, agricole o di servizi è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 10% del danno con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00.
La Garanzia base della Sezione INFORTUNI per il caso Invalidità Permanente prevede una Franchigia del 3%.Per il caso Invalidità Permanente da danno estetico è prevista una Franchigia del 5%.
Nella Sezione VOLONTARI la garanzia Danni a terzi prevede l'applicazione di una Franchigia di euro 250,00 per Sinistro per i danni alle Cose; la garanzia Infortuni per il caso Invalidità Permanente prevede una Franchigia del 3%, mentre per il rimborso spese mediche da Infortunio è prevista l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% con un minimo non indennizzabile di € 40,00 e un massimo di € 250,00 a carico dell'Assicurato. Per il caso Invalidità Permanente da danno estetico è prevista una Franchigia del 5%.
Sono altresì previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

DANNI A TERZI e VOLONTARI – DANNI A TERZI
Sono esclusi i danni:
-verificatisi in occasione di fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, occupazione militare, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi a questi assimilabili;
- derivanti dalla proprietà ed uso di esplosivi e/o sostanze radioattive;
- derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
- conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;
- verificatisi in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da prodotti geneticamente modificati;
- derivanti dalla proprietà o guida di veicoli/natanti a motore di qualsiasi genere, nonché da Aeromobili;
- derivanti da inquinamento di aria, acqua, suolo; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- conseguenti ad errori o omissioni nella stipulazione o modifica di polizze assicurative, obbligatorie o facoltative, o a ritardi nel pagamento dei relativi premi;
- derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivantegli direttamente dalla legge;
- derivanti da tutte le attività che prevedono l'impiego o l'ausilio di esercenti la professione sanitaria;
- causati da atti dolosi dell'Assicurato, salvo se compiuti da persone delle quali debba rispondere per legge;
- da furto e rapina;
- da rigurgito di fogne o causati da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
- derivanti da mancato svolgimento, interruzione o rinvio delle manifestazioni;
-derivanti da proprietà o uso di giochi gonfiabili e tappeti elastici;
- a statue, opere d'arte, tribune, palchi, alberi, piante, manto erboso;
- dall'attività di gestione di parcheggi;
- subiti dagli animali di proprietà, in uso, consegna e custodia dell'Assicurato;
- a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ed alle Cose portate da clienti o frequentatori nei luoghi ove si svolge l'attività assicurata, salvo quanto previsto da Danni alle Cose in consegna e/o custodia e Cose consegnate (art. 1784 cc-guardaroba) se operanti;
- da lavori di manutenzione ordinaria, da lavori rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs.81/2008 e da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione, salvo quanto previsto dalla RC Proprietà del fabbricato, se operante;
- da spargimento d'acqua anche e conseguenti a rottura accidentale di tubazioni o di condutture salvo quanto previsto dalla RC Proprietà del fabbricato, se operante;
- derivanti da merci di qualsiasi genere, prodotti alimentari e bevande dopo la loro consegna o somministrazione, salvo quanto previsto dalla Garanzia base, gestione di ristoranti/mense/bar/distributori automatici di alimenti e bevande;
- causati a Cose di terzi da incendio, esplosione e scoppio, salvo quanto previsto da Danni da incendio, se operante;
- ai locali, impianti e attrezzature in uso, consegna e/o custodia dall'Assicurato, salvo quanto previsto da Danni ai locali/impianti di proprietà di terzi, se operante;
- causati durante la partecipazione a stage presso enti ed aziende, salvo quanto previsto da Tirocinio/stage se operante;
- derivanti, sia direttamente che indirettamente, da attività biotecnologiche, ingegneria genetica, produzione, trattamento, sperimentazione, distribuzione, trasporto, stoccaggio o qualsiasi altro utilizzo o conservazione di materiali e/o sostanze di origine umana.

INFORTUNI e VOLONTARI - INFORTUNI

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- *Pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio;*
- *Guida e uso di mezzi subacquei;*
- *Delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;*
- *Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;*
- *Guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dalla Garanzia base – Estensione dell'Assicurazione, Rischio guerra, insurrezioni all'estero e Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;*
- *Trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);*
- *azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;*
- *Pratica di qualsiasi attività sportiva;*
- *tutte le attività che prevedono l'impiego o l'ausilio di esercenti la professione sanitaria.*

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- *l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e i contagi da virus HIV e Epatitico (Garanzia supplementare).*

TUTELA LEGALE

L'Assicurazione non è operante:

- *Per vertenze in materia di diritto di famiglia, delle successioni o delle donazioni;*
- *Per vertenze in materia fiscale o amministrativa*
- *Per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;*
- *Per vertenze concernenti diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale;*
- *Per controversie derivanti dalla circolazione e dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o Aeromobili, salvo quanto previsto;*
- *Per fatti dolosi delle persone assicurate;*
- *Per controversie tra assicurati;*
- *Per compravendita e permuta di immobili;*
- *Per controversie sulla locazione, proprietà, utilizzo e appalto/subappalto relativamente ad interventi di restauro e risanamento conservativo, ristrutturazione e costruzione ex novo degli edifici comprese i connessi contratti di fornitura e posa in opera di materiali o impianti (Garanzia supplementare);*
- *Per controversie derivanti dall'esercizio dell'attività medica e di operatore sanitario;*
- *Per i casi di adesione ad azioni di classe (class action);*
- *Per le vertenze con la Società salvo quanto previsto da Controversie con i fornitori e le Compagnie di assicurazione, se operante;*
- *Per i casi di difesa penale per abuso di minori;*
- *Per controversie tra contraente e assicurati relativamente al pagamento della quota associativa;*
- *Per le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari;*
- *Per le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.*

VOLONTARI - MALATTIA

La garanzia Indennità per Ricovero da Malattia non è operante per:

- *le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;*
- *i ricoveri necessari alla correzione o l'eliminazione di qualsiasi Difetto Fisico/Malformazione; si intendono esclusi anche gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione;*
- *l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;*
- *H.I.V. e gli stati patologici correlati ad essa;*
- *le prestazioni aventi finalità estetiche;*
- *le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262, e successive modifiche) quali per esempio le cure omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.*
- *le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;*
- *le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;*
- *le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;*
- *le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?	***Denuncia del sinistro:*** *in caso di Sinistro il Contraente/Assicurato deve comunicare entro 10 giorni per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla direzione della Società data, ora, luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze, le modalità di accadimento e l'importo approssimativo del danno. In caso di Sinistro grave è necessario anticipare i suddetti contenuti mediante una comunicazione via fax o e-mail.* *Per la Sezione DANNI A TERZI e VOLONTARI - per la garanzia Danni a Terzi - il Contraente o l'Assicurato deve comunicare le notizie, richieste o azioni avanzate dal danneggiato o dall'avente diritto* *Per la Sezione INFORTUNI e VOLONTARI - per le garanzie Infortuni e Indennità da Ricovero per Malattia - l'Assicurato è tenuto a sottoporsi agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica.* *Relativamente alla Sezione TUTELA LEGALE il Contraente o l'Assicurato deve immediatamente denunciare per iscritto il Sinistro all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza, alla Direzione della Società o ad ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui si è verificato o ne ha avuto conoscenza e far pervenire notizia di ogni atto a lui notificato.*
	Assistenza diretta/in convenzione: *Il presente contratto per la Copertura Malattia presente nella Sezione VOLONTARI non prevede alcuna forma di assistenza diretta e/o obbligatorietà di rivolgersi a centri medici convenzionati.*
	Gestione da parte di altre imprese: *la gestione dei Sinistri relativi alla Sezione TUTELA LEGALE la gestione del sinistro è affidata alla società ARAG SE, Rappresentanza e Direzione per l'Italia, con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio 59 – 37135 Verona (Italia), in seguito denominata ARAG.*
	Prescrizione: *i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Per le assicurazioni di responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il Risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione. Per l'assicurazione di tutela legale il termine decorre dal momento in cui sorge il debito per le spese legali.*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*
Obblighi dell'impresa	*Non è contrattualmente previsto un termine per la liquidazione dei Sinistri e UnipolSai si impegna a farlo nel più breve tempo possibile.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*Il Premio non è soggetto ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale. Qualora previsto in Polizza, l'importo del Premio è soggetto al meccanismo della Regolazione, sulla base del quale viene corrisposto, al momento della sottoscrizione del contratto, un Premio provvisorio, che resta comunque acquisito da UnipolSai, che risulta suscettibile di variazione qualora si modifichino gli elementi che ne hanno determinato l'importo iniziale. Il Contraente, entro 60 giorni successivi alla scadenza di ciascun Periodo assicurativo, deve comunicare i dati definitivi, che costituiscono il presupposto essenziale per determinare il Premio a consuntivo. Il conguaglio deve essere pagato entro i 15 giorni successivi al ricevimento della comunicazione del relativo importo da parte di UnipolSai.*
Rimborso	*A seguito di Sinistro il Contraente può recedere dal contratto dandone preventiva comunicazione scritta alla controparte; in tal caso, entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, l'Impresa rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*Per la garanzia TUTELA LEGALE è previsto un periodo di carenza di tre mesi dalla data di effetto della Polizza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale qualora si verifichi un Sinistro non viene garantita la prestazione assicurativa da parte della Società. Qualora sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Tutela legale, la carenza dei 3 mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto.* *Per la Sezione INFORTUNI le garanzie Morte e Invalidità permanente sono estese al caso in cui la morte o l'invalidità permanente si verifichino successivamente alla scadenza della Polizza ma entro due anni dal giorno dell'infortunio.*
Sospensione	*Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di sospendere l'efficacia delle garanzie previste del contratto.*

Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	*Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.*
Risoluzione	*Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.*

A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche che esercitano attività inerenti i servizi all'infanzia. Si tratta di soggetti con esigenza principale di protezione del patrimonio e/o della persona contro i rischi di danni a terzi e/o infortuni, relativamente all'esercizio della suddetta attività.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,50% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa Assicuratrice	*Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società o dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a:* *UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti* *Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)* *Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it* *Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.* *I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.* *E'possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.* *I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker o Banche) devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.* *Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.*

All'IVASS	*Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni ovvero di 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.* *I reclami indirizzati all'IVASS contengono:* *a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;* *b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;* *c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;* *d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;* *e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.* *Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.*
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	*Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, 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). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.*
Negoziazione Assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).*
Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	*- Per la Sezione INFORTUNI è previsto che le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio arbitrale di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.* *- Per la Sezione TUTELA LEGALE è previsto che la Società ed il Contraente in caso di conflitto di interesse o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri possono demandare la decisione ad un arbitro designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.* *- Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.*

AVVERTENZA:

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

UnipolSai Terzo Settore Servizi all'infanzia

Ed. 15.01.2019

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
comprensive di GLOSSARIO

INDICE

GLOSSARIO 3 di 63

- Norme che regolano il contratto in generale 7 di 63
- Sezione Danni a terzi 12 di 63
- Sezione Infortuni 22 di 63
- Sezione Tutela legale 31 di 63
- Sezione Volontari 37 di 63
- Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri 44 di 63

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA 58 di 63

1 Che cosa sono i box di consultazione?
I box di consultazione sono degli appositi spazi contrassegnati da simboli, facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali. In essi sono indicati: risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità ?, punti su cui porre particolare attenzione !, recapiti a cui rivolgersi .

E' bene precisare che tali spazi 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 a cui si riferiscono.

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.

Assistenza giudiziale: attività di patrocinio che ha inizio quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della controversia.

Assistenza stragiudiziale: attività svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza, prima del ricorso al giudice e per evitarlo.

Atto di Terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Classe di Rischio: insieme delle attività che ai fini dell'Assicurazione presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.

Compagnie Barracellari: istituzione pubblica locale della Regione Autonoma della Sardegna che svolge funzioni di polizia amministrativa, polizia giudiziaria e funzione ausiliaria di pubblica sicurezza, collaborando con gli organi statali e regionali per la salvaguardia del patrimonio boschivo, forestale, silvo - pastorale e idrico, la tutela di parchi, delle aree vincolate e protette e la prevenzione e repressione degli incendi.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

Controversia contrattuale: la controversia inerente l'inadempimento o la violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto scritto o verbale.

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio o Malattia, indennizzabile a termini di Polizza.

Cose (per la Sezione Danni a Terzi): oggetti materiali e animali.

Day-Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

Danno accertato: danno il cui ammontare viene determinato in base alle Condizioni di Assicurazione, senza tener conto di Franchigie e Scoperti né di limiti e sottolimiti massimi di Indennizzo/Risarcimento eventualmente previsti.

Danno extracontrattuale: danno ingiusto conseguente a Fatto illecito.

Delitto colposo: è solo quello espressamente previsto come tale (e a tale titolo contestato) dalla legge penale e commesso per negligenza, imperizia, imprudenza, inosservanza di leggi, ma senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo.

Delitto doloso: qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla Legge come colposi o preterintenzionali.

Difetto Fisico/Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Familiari: le persone risultanti dallo stato di famiglia dell'Assicurato e/o che convivono in modo continuativo con l'Assicurato stesso, nonché i figli minorenni di quest'ultimo anche se non conviventi, esclusi i Lavoratori domestici.

Fatto illecito: inosservanza di una norma di Legge posta a tutela della collettività o comportamento che violi un diritto assoluto del singolo. Determina responsabilità ed obbligo al Risarcimento. Non è inadempimento, ossia violazione di norme contrattuali.

Franchigia (per la Sezione Infortuni e Sezione Volontari): la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Franchigia (per la Sezione Danni a terzi): la parte di danno, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora nel contratto siano previsti importi massimi di Indennizzo/Risarcimento, si procede alla liquidazione sottraendo la Franchigia al Danno accertato prima di applicare a quest'ultimo i suddetti limiti.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico. Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

Indennizzo/Risarcimento/Rimborso: somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla Polizza.

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia dipendente da Infortunio.

Malattia acuta (per la Sezione Volontari): stato patologico di acuta insorgenza che non sia manifestazione, seppur improvvisa, di una precedente malattia.

Malattie congenite: malattie esistenti dalla nascita e la cui origine risale alla vita intrauterina.

Perdite patrimoniali: il pregiudizio economico che non sia conseguenza di danni corporali o materiali.

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Prestatore di lavoro: è la persona fisica della cui opera l'Assicurato si avvale nel rispetto delle norme di Legge per lo svolgimento dell'attività descritta in Polizza, e di cui deve rispondere ai sensi dell'Art. 2049 del Codice Civile. Sono compresi a titolo esemplificativo borsisti, tirocinanti e stagisti.

Procedimento penale: inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.

Protezione Civile: attività finalizzate alla tutela dell'integrità della vita, dei beni, degli insediamenti e dell'ambiente dai danni - o dal pericolo di danni - che persone o cose potrebbero potenzialmente soffrire in determinate situazioni causate da disastri naturali o disastri di altra natura.

Reato: violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti o contravvenzioni e comportano pene diverse, detentive e/o pecuniarie (per delitti: reclusione, multa; per contravvenzioni: arresto, ammenda). I delitti si dividono poi in base all'elemento soggettivo, in delitti dolosi, delitti preterintenzionali, delitti colposi, mentre nelle contravvenzioni la volontà è irrilevante.

Reato colposo: quello così definito dalla legge penale, commesso senza volontà o intenzione, ma a seguito di negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza involontaria di leggi.

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.

Ricorso amministrativo: è quello presentato agli organi amministrativi quali: Prefettura, Ministeri, Tribunale Amministrativo Regionale, Consiglio di Stato.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura. La degenza in ospedalizzazione domiciliare viene parificata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: la parte di danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora nel contratto siano previsti importi massimi di Indennizzo/Rimborso/Risarcimento, si procede alla liquidazione sottraendo lo Scoperto al Danno accertato prima di applicare a quest'ultimo i suddetti limiti.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato, anche volontariamente, che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Soccorso Alpino: attività finalizzate al soccorso degli infortunati, dei pericolanti ed al recupero dei caduti nel territorio montano e nelle zone impervie del territorio nazionale.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Somma assicurata/Massimale: la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento/Rimborso in caso di Sinistro.

Spese di giustizia: spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese processuali vengono pagate da ognuna delle Parti; a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifonderle.

Spese peritali: somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla Parte (C.T.P. Consulenti Tecnici di Parte).

Stato Comatoso: stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria ed alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa abbia diretta origine da un Infortunio.
Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistenze e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

Stato Comatoso Irreversibile: Stato Comatoso che si è protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi.

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Volontario: la persona che, per sua libera scelta, svolge la propria attività in favore della comunità e del bene comune, in modo personale, spontaneo e gratuito, senza fini di lucro ed esclusivamente per fini di solidarietà, ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo n. 117 del 3 Luglio 2017 (ed eventuali successive modifiche).

Per i termini di seguito utilizzati valgono le definizioni riportate nel Glossario.

1 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Durata del contratto e sconto per poliennalità [1]
Il Periodo Assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.
Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione.

Art. 1.3 – Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza [2]
Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente se è stipulato con tacito rinnovo e in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.
Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la Società, alla scadenza del Contratto, qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei rischi oggetto del contratto, metterà a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso comunicazione inviata almeno 30 giorni prima della scadenza al Contraente stesso. Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio proposto equivale ad accettazione e

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?
L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione del contratto. Se la durata poliennale è superiore a cinque anni il Cliente potrà recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata.

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?
Dipende da cosa è stato pattuito al momento della conclusione del contratto. Se il contratto è stato concluso "senza tacita proroga" la copertura assicurativa cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura. Se invece l'Assicurazione è stata stipulata "con tacita proroga" la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Cliente o la Società non decideranno di dare disdetta con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza.
In caso di stipula "con tacita proroga", inoltre, a seguito di variazioni tariffarie dei Rischi assicurati la Società può proporre al Cliente – comunicandoglielo almeno 30 giorni prima della scadenza – un nuovo Premio: se il Cliente non accetta è sufficiente che non paghi il nuovo Premio e il contratto risulterà cessato alla scadenza.

comporta il rinnovo del contratto che viene variato solo in tale elemento. Nel caso in cui il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio e non provveda al pagamento, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.
Se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.
Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.
Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

Art. 1.4 - Pagamento del Premio [3]
I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società.
Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.5 - Frazionamento del Premio [4]
Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.
In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.6 Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)
La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

a) Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit

1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.

3 Cos'è e come si calcola il Premio?
Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta. Esso viene determinato, al momento della sottoscrizione del contratto, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo.

4 Quando deve essere pagato il Premio?
Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se sottoscritto, non potrà essere operante. Pertanto, se in Polizza è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione; se il Premio è frazionato, al saldo di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si attesta l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.

4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società:

- mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

b) Mancato addebito del pagamento di Premi

1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto 1.4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/AAAA della pol xxx/ xxxxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UnipolSai Ass.ni».

c) Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D.
3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».
5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Art. 1.7 - Regolazione del Premio

Se la regolazione del Premio è indicata in Polizza, il Premio è commisurato all'effettiva entità del Rischio ed è determinato da uno o più elementi variabili dichiarati dal Contraente al momento della stipula del contratto e indicati in Polizza.
L'importo del Premio così individuato è da considerarsi provvisorio e deve essere regolato alla fine di ciascun Periodo Assicurativo, poiché gli elementi presi come presupposto per il conteggio iniziale dello stesso sono suscettibili di variazione durante il Periodo Assicurativo. Il Premio anticipato deve intendersi come Premio minimo di Polizza e non potrà costituire oggetto di alcuna restituzione.
Non sono soggette a regolazione del Premio le Sezioni Volontari e Tutela legale.

a) Comunicazione dei dati definitivi

Entro 60 giorni successivi alla scadenza di ciascun Periodo Assicurativo, il Contraente, anche in assenza

di variazioni o in caso di mancato rinnovo del contratto, dovrà comunicare alla Società, con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se il Contraente ne è in possesso, i dati definitivi, presupposto essenziale per la determinazione del Premio consuntivo.
In caso di omessa o ritardata comunicazione dei dati, la Società invierà un sollecito scritto, con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se il Contraente ne è in possesso, fissando l'ulteriore termine di 15 giorni per provvedere.
In mancanza di riscontro la Società potrà dare avvio alle opportune azioni legali verso il Contraente.
Qualora si verifichi un Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza, successivamente alla scadenza del termine di 60 giorni previsto per la comunicazione dei dati, la Società provvederà alla liquidazione del danno solo dopo che il Contraente avrà comunicato i dati necessari per il calcolo del Premio; se dal conteggio della regolazione risulti una differenza attiva a favore della Società, quest'ultima darà seguito alla liquidazione, riducendo l'Indennizzo in proporzione tra il Premio pagato e quello che il Contraente avrebbe dovuto pagare in base agli elementi dallo stesso comunicati.

b) Pagamento del conguaglio di Premio

Al ricevimento della comunicazione dei dati di regolazione, la Società effettuerà il calcolo del Premio consuntivo, informando il Contraente del risultato, che potrebbe determinare l'obbligo del Contraente di pagare un conguaglio di Premio.
Entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione della Società, il Contraente dovrà provvedere al pagamento del conguaglio di Premio.
Scaduto inutilmente il termine per il pagamento del conguaglio di Premio dovuto dal Contraente, qualora si verifichi un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Società darà seguito alla liquidazione, riducendo l'Indennizzo in proporzione tra il Premio pagato e quello che il Contraente avrebbe dovuto pagare in base agli elementi dallo stesso comunicati.
Tale riduzione sarà applicata anche ai Sinistri successivi fino a quando sarà pagato il conguaglio.
I Sinistri indennizzabili verificatisi dopo il pagamento del conguaglio verranno pagati senza applicazione della riduzione proporzionale, fermi restando gli Scoperti e le Franchigie ad esso applicabili.

In caso di cessazione del contratto, trascorsi inutilmente i termini per la comunicazione dei dati o per il pagamento dell'eventuale Premio dovuto, la liquidazione dei Sinistri verificatisi nel periodo oggetto di regolazione verrà effettuata dalla Società nel rispetto dei criteri sopra stabiliti.

Art. 1.8 - Identificazione degli Assicurati

Per l'identificazione degli Assicurati, si farà riferimento ai registri tenuti ai sensi dell'art. 17 del Decreto Legislativo n. 117 del 3 Luglio 2017 (ed eventuali successive modifiche), oppure agli elenchi di iscrizione o ad altra documentazione comprovante l'effettiva partecipazione all'attività assicurata tenuti a cura del Contraente, che si obbliga ad esibirli in qualsiasi momento a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.
Le persone che non fossero regolarmente iscritte nei registri e negli elenchi si riterranno come non comprese nell'Assicurazione.

Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente al momento della stipula del contratto. Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, se il Contraente rilascia tali dichiarazioni erronee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.10 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive

alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 1.11 - Aggravamento del Rischio [5]
Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti 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'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione e variazione delle persone assicurate
Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso , diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.14 - Recesso in caso di Sinistro
Dopo ogni Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra Parte.
La relativa comunicazione, effettuata con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diventa efficace:
- dopo 30 giorni dalla data di invio quale risultante dal timbro postale se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro postale o del rapporto fax o della PEC se inviata dal Contraente.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.
L'eventuale incasso di Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro ed il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.15 Altre assicurazioni
Il Contraente è tenuto a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme Assicurate.
L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.
In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 1.16 - Foro competente
Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica, oppure quello della sua sede legale se persona giuridica o associazione.

Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

5 In che modo è possibile sapere cosa prevede l'Art. 1898 del Codice Civile riguardo a ciò che accade in caso di aggravamento del Rischio in corso di contratto?
Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile - nonché di quelli del Codice di Procedura Civile, del Codice Penale, del Codice di Procedura Penale e del Codice della Navigazione - citati nel contratto, al fondo delle Condizioni di Assicurazione è stata inserita la sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA", nella quale è riportato il testo integrale dei suddetti articoli.

Cosa assicura

Art. 2.1 - Garanzia base - RCT [6] [7]

La Società, entro il Massimale e nei limiti indicati in Polizza, tiene indenne l'Assicurato della somma (capitale, interessi e spese) che questi deve risarcire, se civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni **involontariamente causati a terzi per:**

- **morte**
- **lesioni personali**
- **danneggiamenti a Cose**

in conseguenza di un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi connessi **all'esercizio di una o più delle seguenti attività**, dichiarate dal Contraente e indicate in Polizza:

- **ASILI NIDO PRIVATI - SCUOLE DELL'INFANZIA PRIVATE:** l'Assicurazione è valida per tutte le attività organizzate dall' Asilo Nido/Scuola dell'Infanzia Contraente;
- **LUDOTECHE:** intendendosi per tali le attività svolte all'interno di locali attrezzati con giochi e libri per lo svago e l'arricchimento culturale dei bambini; la garanzia si intende operante purché vi sia la presenza dei genitori e/o accompagnatori durante lo svolgimento delle attività. La garanzia è operante per le sole attività svolte all'interno dei locali e dei relativi giardini e/o cortili;
- **BABY PARKING**, intendendosi per tali le attività svolte all'interno dei locali e dei relativi giardini e/o cortili attrezzati per lo svago dei bambini anche in assenza dei genitori e/o degli accompagnatori, sotto l'esclusiva sorveglianza del Contraente e/o delle persone di cui debba rispondere;
- **PRE-POST SCUOLA - ASSISTENZA ALLO STUDIO.** La garanzia si intende operante per la sola attività svolta all'interno dei locali e dei relativi giardini e/o cortili.

Le garanzie si intendono valide a condizione che il Contraente/Assicurato sia in possesso delle necessarie autorizzazioni e svolga la propria attività nel rispetto delle leggi e regolamenti che la disciplinano.

L'Assicurazione comprende inoltre:

a) la responsabilità civile derivante all'Assicurato, anche nella sua qualità di solo committente, dalla **gestione di ristoranti/mense/bar/distributori automatici di alimenti e bevande**, compreso il rischio dello smercio al dettaglio e della somministrazione di questi ultimi per i soli danni causati entro un Anno dalla consegna e, comunque, durante il periodo di validità dell'Assicurazione. La garanzia è operante sempreché la predetta gestione risulti essere attività accessoria rispetto all'attività assicurata e dichiarata dal Contraente;
b) la responsabilità civile derivante all'Assicurato dall'**organizzazione di cene sociali** attinenti l'attività assicurata e dichiarata dal Contraente;
c) la responsabilità civile derivante all'Assicurato per i danni di cui debba rispondere in qualità di **organizzatore o di partecipante a manifestazioni non sportive** aventi finalità benefiche e/o solidaristiche e/o di promozione o sostegno all'attività associativa.

6 In ambito di responsabilità civile la copertura opera solo relativamente ai fatti derivanti dalle attività inerenti i servizi all'infanzia?
No, la copertura assicurativa comprende anche altro, tra cui la gestione di bar o ristoranti e la conduzione di fabbricati in cui viene svolta l'attività, purché tale gestione sia un'attività accessoria rispetto a quella dichiarata dal Contraente al momento della sottoscrizione della copertura.

7 La copertura per la responsabilità civile opera solo per i danni cagionati dall'attività svolta dai dipendenti dell'Associazione?
No, la copertura è più ampia in quanto opera anche per la responsabilità derivante dall' attività svolta da collaboratori non rientranti nella categoria dei Prestatori di lavoro.

È compreso il rischio relativo ai lavori di **installazione, montaggio, preparazione, allestimento, smontaggio e smantellamento** delle strutture/attrezzature e quant'altro necessario per lo svolgimento dell'attività. Qualora tali lavori siano appaltati ad imprese, la garanzia si intende prestata per la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di committente. Le Imprese che eseguono i lavori (nonché titolari e dipendenti) non sono considerate terze;

d) la responsabilità civile personale dei **Prestatori di lavoro e dei collaboratori occasionali;**
e) i danni derivanti da **interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività** industriali, artigianali ,commerciali, agricole o di servizi, purché conseguenti ad un Sinistro indennizzabile a termini di Polizza. La garanzia è prestata fino alla concorrenza di € 250.000,00 per Sinistro ed Annualità Assicurativa.
Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di uno Scoperto del 10% del danno con il minimo non indennizzabile di € 1.500,00;
f) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da **committenza auto**, ai sensi dell'articolo 2049 del Codice Civile, per i danni causati a terzi dai suoi Prestatori di lavoro in relazione alla guida di veicoli non di proprietà o in usufrutto all'Assicurato stesso o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.
La garanzia vale anche per i danni corporali causati alle persone trasportate su veicoli abilitati per legge a tale trasporto.
La presente estensione è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o conducente del veicolo che abbia cagionato un danno.
La garanzia è valida a condizione che al momento del Sinistro il veicolo sia guidato da persona abilitata alla guida ai sensi di legge;
g) la responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla **conduzione dei fabbricati** in cui viene svolta l'attività;

Limitatamente alle attività *Asili Nido privati - Scuole dell'infanzia private*
h) la responsabilità civile personale dei docenti, dei non docenti, del personale direttivo ed amministrativo e dei componenti gli organi collegiali;

Limitatamente alle attività *Ludoteche, Baby Parking e Pre-Post scuola - Assistenza allo studio*
i) la responsabilità civile personale dei sorveglianti;

Per i danni alle Cose, il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 250,00 per Sinistro.

Gli **Assicurati** sono:
1) il Contraente;
2) il Direttivo (a titolo esemplificativo Presidente, vice Presidente, Tesoriere, Segretario, membri del Consiglio direttivo, Collegio Revisori dei Conti, Collegio dei Probiviri);
3) i Prestatori di lavoro e collaboratori occasionali del Contraente;
4) gli associati;
5) i minorenni (alunni/bambini);
6) personale docente e non docente;
7) i sorveglianti.

I singoli minorenni sono considerati terzi nei confronti del Contraente; sono inoltre considerati terzi tra loro

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - Persone non considerate "terzi"
Non sono considerati terzi:
a) i Familiari dell'Assicurato;
b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a);
c) i Prestatori di lavoro che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio salvo quanto previsto

all'Art. 2.4.1 Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (RCO/RCI);

d) i subappaltatori ed i loro dipendenti nonché tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'Assicurazione, salvo quanto previsto all'Art. 2.4.8 Collaboratori occasionali.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non comprende i danni:

a) verificatisi in occasione di fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, occupazione militare, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi a questi assimilabili;
b) derivanti dalla proprietà ed uso di esplosivi e/o sostanze radioattive;
c) derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
d) conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;
e) verificatisi in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
f) derivanti da prodotti geneticamente modificati;
g) derivanti dalla proprietà o guida di veicoli/natanti a motore di qualsiasi genere, nonché da Aeromobili;
h) derivanti da inquinamento di aria, acqua, suolo; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
i) conseguenti ad errori o omissioni nella stipulazione o modifica di polizze assicurative, obbligatorie o facoltative, o a ritardi nel pagamento dei relativi premi;
j) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivantegli direttamente dalla legge;
k) derivanti da tutte le attività che prevedono l'impiego o l'ausilio di esercenti la professione sanitaria;
l) causati da atti dolosi dell'Assicurato, salvo se compiuti da persone delle quali debba rispondere per legge;
m) da furto e rapina;
n) da rigurgito di fogne o causati da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
o) derivanti da mancato svolgimento, interruzione o rinvio delle manifestazioni;
p) derivanti da spettacoli pirotecnici e/o manipolazione di fuochi d'artificio;
q) derivanti dalla proprietà e/o montaggio o smontaggio di tribune;
r) derivanti da proprietà o uso di giochi gonfiabili e tappeti elastici;
s) a statue, opere d'arte, tribune, palchi, alberi, piante, manto erboso;
t) dall'attività di gestione di parcheggi;
u) subiti dagli animali di proprietà, in uso, consegna e custodia dell'Assicurato;
v) a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ed alle Cose portate da clienti o frequentatori nei luoghi ove si svolge l'attività assicurata, salvo quanto previsto dagli Artt. 2.4.5 Danni alle Cose in consegna e/o custodia e 2.4.9 Cose consegnate (art. 1784 cc-guardaroba) se operanti;
w) subìti dai Prestatori di lavoro e dai collaboratori occasionali, durante lo svolgimento delle loro attività, salvo quanto previsto dagli Artt. 2.4.1 Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (RCO/RCI) e 2.4.8 Collaboratori occasionali, se operanti;
x) da proprietà dei fabbricati, salvo quanto previsto dall'Art. 2.4.7 RC Proprietà del fabbricato, se operante;
y) da lavori di manutenzione ordinaria, da lavori rientranti nel campo di applicazione del D.Lgs. 81/2008 e da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione, salvo quanto previsto dall'Art. 2.4.7 RC Proprietà del fabbricato, se operante;
z) da spargimento d'acqua anche e conseguenti a rottura accidentale di tubazioni o di condutture salvo quanto previsto dall'Art. 2.4.7 RC Proprietà del fabbricato, se operante;
aa) derivanti da merci di qualsiasi genere, prodotti alimentari e bevande dopo la loro consegna o somministrazione, salvo quanto previsto dall'Art 2.1 Garanzia base lettera a);
bb) causati a Cose di terzi da incendio, esplosione e scoppio, salvo quanto previsto dall'Art. 2.4.6 Danni da

incendio, se operante;

cc) ai locali, impianti e attrezzature in uso, consegna e/o custodia dall'Assicurato, salvo quanto previsto dall'Art. 2.4.10 Danni ai locali/impianti di proprietà di terzi, se operante;

dd) causati durante la partecipazione a stage presso enti ed aziende, salvo quanto previsto all'art. 2.4.12 Tirocinio/stage se operante;

ee) derivanti, sia direttamente che indirettamente, da attività biotecnologiche, ingegneria genetica, produzione, trattamento, sperimentazione, distribuzione, trasporto, stoccaggio o qualsiasi altro utilizzo o conservazione di materiali e/o sostanze di origine umana.

Come personalizzare [8]

Art. 2.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.4.1 - Responsabilità civile verso Prestatori di lavoro (RCO/RCI)

La Società, entro il Massimale e nei limiti indicati in Polizza, tiene indenne l'Assicurato per i danni causati ai Prestatori di lavoro soggetti all'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni:

a) per **gli infortuni sofferti dai Prestatori di lavoro**, ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e dell'articolo 13 del D.Lgs. 38 del 23/2/2000 e successive modifiche ed integrazioni.
Sono comunque escluse le malattie professionali.
La Società si obbliga a rifondere all'Assicurato le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso nonché gli importi richiesti a titolo di maggior danno dall'infortunato e/o dagli aventi diritto sempreché l'azione di regresso dell'I.N.A.I.L. sia stata esperita e quest'ultima si riferisca all'erogazione di un capitale o di una rendita per postumi invalidanti;

b) per **gli infortuni sofferti dai Prestatori di lavoro stessi dai quali sia derivata morte od una invalidità permanente**, ai sensi del Codice Civile nonché del D.Lgs. 81 del 09/04/2008 e successive modifiche ed integrazioni a titolo di Risarcimento di danni non rientranti nel precedente punto a). Tale garanzia è prestata con una Franchigia fissa di € 2.500,00 per ciascuna persona infortunata e con riferimento a ciascun evento. Sono comunque escluse le malattie professionali.

La garanzia è operante a condizione che al momento del Sinistro l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'Assicurazione di legge e con le altre disposizioni normative in tema di occupazione e mercato del lavoro.
Fermi i massimali indicati in Polizza resta confermato che la Società, in caso di Sinistro che interessi contemporaneamente sia la garanzia Responsabilità civile verso terzi che quella RCO, non risarcirà somme superiori al Massimale RCT.

Buona fede INAIL

Premesso che l'Assicurazione RCO/RCI è prestata per il personale per il quale è instaurato un rapporto giuridico di lavoro riconosciuto dalla Legge, l'Assicurazione di responsabilità civile verso i Prestatori di Lavoro soggetti all'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni conserva la propria validità anche se l'Assicurato, al momento del Sinistro, non è in regola con gli obblighi di cui sopra purché ciò derivi da erronea o inesatta interpretazione delle norme di Legge vigenti in materia.

La presente Assicurazione vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'articolo 14 della Legge 12.6.1984 n. 222.

8 È possibile personalizzare la copertura assicurativa?
Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.
A tal fine nell'area "Come personalizzare" (presente anche in altre Sezioni) è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari che ampliano la copertura assicurativa e consentono di modellare alcuni sottolimiti e Franchigie / Scoperti.

Art. 2.4.2 - Malattie professionali

La garanzia comprende i danni derivanti da malattie professionali riconosciute dall'I.N.A.I.L. e/o dalla Magistratura.
La garanzia è efficace a condizione che la Malattia si manifesti in data posteriore a quella della stipulazione della Polizza e sia conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

La garanzia non opera:

- per quei Prestatori di lavoro per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale, precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- per la intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di Legge da parte dell'Assicurato;
- per le malattie professionali che si manifestino dopo 1 Anno dalla data di cessazione della presente garanzia o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro;
- per le malattie professionali conseguenti alla silicosi e/o connesse alla lavorazione dell'amianto e/o per i casi di contagio da virus HIV;
- per le malattie professionali riconducibili o connesse a situazioni di mobbing, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
- per i Prestatori di lavoro non più in servizio al momento della sottoscrizione del presente contratto.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza di un Massimale pari al 50% di quello previsto per la garanzia supplementare RCO. Tale Massimale rappresenta la massima esposizione della Società per uno o più Sinistri verificatisi in uno stesso periodo annuo di assicurazione o originati dal medesimo tipo di malattia professionale.
Qualora il presente contratto ne sostituisca un altro stipulato con la Società, senza soluzione di continuità, per il medesimo Rischio e la stessa garanzia, l'Assicurazione vale anche per Malattie manifestatesi dopo la cessazione della Polizza sostituita (entro 1 Anno dalla cessazione stessa) ma che siano conseguenza di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta nel periodo di validità della Polizza sostituita e denunciati nel corso di validità del presente contratto. La garanzia opera nei limiti dei Massimali e delle garanzie prestate dalla Polizza sostituita e solo per i Sinistri non più garantiti dalla stessa.

Art. 2.4.3 - RC Patrimoniale

La Società, entro il Massimale prescelto e indicato in Polizza, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per Perdite patrimoniali involontariamente cagionate a terzi, compresi gli associati, in relazione allo svolgimento dell'attività descritta in Polizza.
A puro titolo esemplificativo e non limitativo la garanzia comprende le Perdite per:

- l'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi (Regolamento (UE) n. 679/2016, Decreto legislativo 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, comprese quelle previste dal D. Lgs 101/2018), sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi e alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa. La garanzia opera a condizione che l'attività di trattamento dei dati sia limitata a quella strettamente strumentale allo svolgimento dell'attività assicurata, rimanendo quindi esclusi i trattamenti di dati per finalità diverse da quelle professionali;
- incendio, smarrimento, distruzione o deterioramento di documenti, supporti informatici e atti di archivio in genere.

L'Assicurazione si intende operante, entro il Massimale previsto in Polizza, per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità del contratto e dallo stesso denunciate alla Compagnia nello stesso periodo, purché relative a fatti accaduti durante il periodo di validità della Polizza.

La garanzia non opera per :

a) le conseguenze della violazione di brevetti o altri diritti della proprietà industriale;
b) atti od omissioni da parte di uno o più Amministratori nello svolgimento delle proprie funzioni o mansioni amministrative dell'Assicurato, delle sue filiali, controllate o consociate (R.C. Professionale degli Amministratori);

c) diffusione di virus informatici comunque avvenuta;
d) atti discriminatori, diffamatori e molestie di qualsiasi natura commessi/e nei confronti di chiunque;
e) danni all'immagine e/o reputazionali, comunque verificatisi e da chiunque reclamati;
f) le multe e le ammende ed ogni pagamento avente natura sanzionatoria o di risarcimento predeterminato (penali contrattuali);
g) le conseguenze di responsabilità assunte volontariamente ed eccedenti quelle derivanti dalla Legge;
h) il mancato rispetto dei termini, scadenze e preventivi;
i) l'annullamento di eventi da qualunque causa determinata;
j) mancato svolgimento, interruzione o rinvio di manifestazioni.

Il Risarcimento verrà effettuato, previa deduzione, per ogni Sinistro, di uno Scoperto del 10% dell'importo del danno, con il minimo di € 2.500,00 che pertanto rimarrà a carico dell'Assicurato senza che egli possa, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

Art. 2.4.4 – Organizzazione di manifestazioni e/o gare sportive
L'Assicurazione si intende estesa all'organizzazione e/o gestione di manifestazioni e/o gare sportive, escluse quelle a livello nazionale e/o internazionale. Gli atleti delle altre Associazioni, Società e Scuole sportive partecipanti sono considerati terzi nei confronti del solo Contraente.
La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCT indicato in Polizza.

Art. 2.4.5 – Danni alle Cose in consegna e/o custodia
L'Assicurazione si intende estesa ai danni alle Cose di terzi in consegna e custodia o detenute a qualsiasi titolo dal Contraente.
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del 10% del Massimale RCT per Sinistro e per Annualità Assicurativa. Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% del danno con un minimo non indennizzabile pari ad € 500,00.
Sono comunque esclusi i danni da incendio ed alle cose costituenti strumento o oggetto diretto dei lavori e delle attività descritte in Polizza.

Art. 2.4.6 – Danni da incendio
L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante agli Assicurati per danni a Cose altrui derivanti da incendio, esplosione e scoppio.
Qualora per lo stesso Rischio esista altra analoga copertura assicurativa, la garanzia di cui alla presente estensione si intenderà operante per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta altra Assicurazione.
La garanzia è prestata fino alla concorrenza del 5% del Massimale RCT. Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% del danno con un minimo non indennizzabile di € 500,00.

Art. 2.4.7 – RC Proprietà del fabbricato
L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato in qualità di proprietario dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in Polizza e degli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi. L'Assicurazione comprende inoltre:
a) i rischi delle antenne radiotelevisive, gli spazi adiacenti di pertinenza del fabbricato, anche tenuti a giardino, esclusi: parchi, alberi di alto fusto, attrezzature sportive e per giochi, strade private e recinzioni in muratura di altezza superiore a m. 1,50;
b) la responsabilità civile per i danni da acqua conseguenti a rottura accidentale di tubazioni o di condutture;
c) la responsabilità civile derivante all'Assicurato, in qualità di committente, per danni cagionati a terzi dalle imprese che eseguono i lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione.

Tale estensione di garanzia opera sempreché:
- l'Assicurato abbia designato il responsabile dei lavori, il coordinatore per la progettazione ed il coordinatore per l'esecuzione dei lavori, conformemente a quanto disposto dal D.Lgs. 81/2008;
- dall'evento siano derivati in capo al danneggiato la morte o lesioni personali gravi o gravissime così come definite dall'articolo 583 del Codice Penale.

La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCT indicato in Polizza. Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 250,00 per Sinistro.

Art. 2.4.8 – Collaboratori occasionali (danni subiti)
L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti:
a) dai titolari e/o dipendenti di imprese che svolgono per conto dell'Assicurato stesso lavori di pulizia, manutenzione, riparazione, montaggio, smontaggio, collaudo di tutto quanto necessario all'attività dichiarata, carico, scarico, consegna e/o prelievo merce;
b) da persone che collaborano occasionalmente con l'Assicurato, in relazione allo svolgimento dell'attività assicurata.

La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCO indicato in Polizza.

Art. 2.4.9 – Cose consegnate (articolo 1784 Codice Civile - guardaroba)
L'Assicurazione è estesa alla responsabilità civile derivante all'Assicurato per le Cose a lui consegnate, ai sensi dell'articolo 1784 codice Civile e sempreché sia stato istituito un servizio di guardaroba custodito.
La garanzia opera per i danni sofferti a seguito di sottrazione, distruzione, deterioramento delle Cose portate nei locali ove si svolge l'attività associativa assicurata, ferma l'esclusione per i danni alle Cose non consegnate.
La garanzia è prestata, nell'ambito del Massimale RCT indicato in Polizza, con un limite massimo di Risarcimento pari ad € 2.000,00 per ogni danneggiato.
L'Assicurazione non vale per oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito e valori. Sono altresì esclusi dall'Assicurazione i danni causati da incendio e bruciature per contatto con apparecchi di riscaldamento e di stiratura nonché quelli causati da lavatura, smacchiatura e simili.
Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 250,00 per Sinistro.

Art. 2.4.10 – Danni ai locali/impianti di proprietà di terzi
L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni causati ai locali, impianti ed attrezzature in uso, consegna e/o custodia all'Assicurato stesso.
La garanzia è prestata nel limite del Massimale scelto e indicato in Polizza. Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di uno Scoperto del 10% del danno con un minimo non indennizzabile di € 500,00 per ogni Sinistro.
Sono comunque esclusi i danni da incendio, furto ed atti vandalici.

Art. 2.4.11 – RC personale dei singoli espositori
La garanzia comprende la responsabilità civile personale dei singoli espositori. Qualora l'espositore venda generi alimentari, anche di produzione propria, l'Assicurazione comprende anche il rischio dello smercio per i danni cagionati entro un Anno dalla consegna e, comunque, durante il periodo di validità dell'Assicurazione.
La Società rinuncia a conoscere il nominativo di tali persone. Per la loro identificazione si farà riferimento alla documentazione probatoria in possesso del Contraente il quale si impegna ad esibirla in qualsiasi momento a persone incaricate dalla Società per controlli ed accertamenti.
La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCT indicato in Polizza.

Art. 2.4.12 – Tirocinio/stage
L'Assicurazione viene estesa alla responsabilità civile personale degli tirocinanti/stagisti per danni causati a terzi durante il periodo di stage e/o tirocinio presso aziende/enti, escluso ogni rischio di natura professionale.
Si precisa che tali aziende/enti, i loro titolari e/o dipendenti sono considerati terzi.
L'Assicurazione non vale per i danni causati a macchinari, attrezzature e/o strumenti di lavoro in genere sulle quali l'Assicurato esegue i lavori.
La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCT indicato in Polizza.

Art. 2.4.13 – Danni a veicoli di terzi
La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti da veicoli di terzi posteggiati negli spazi di pertinenza del Contraente. Si intende esclusa la responsabilità riconducibile alla custodia e/o sorveglianza dei veicoli stessi.

Il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 250,00 per Sinistro.
La garanzia è prestata nei limiti del Massimale RCT indicato in Polizza.

Art. 2.5 – Condizioni Specifiche (a pagamento)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni Specifiche di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.5.1 – Eliminazione Franchigia
L'importo della Franchigia per Sinistro, previsto per i danni alle Cose all'Art. 2.1 Garanzia base, si intende annullato.

Art. 2.5.2 – Estensione territoriale RCT
A parziale deroga del successivo Art. 2.8 Validità territoriale, la garanzia RCT si intende estesa in tutto il mondo.
Limitatamente ai danni che avvengono nei paesi extra europei la garanzia si intende prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 5.000,00, fermi comunque scoperti e/o franchigie di importo superiore previsti per specifiche garanzie.
Relativamente agli USA, Canada e Messico, la garanzia RCT è limitata ai danni materiali alle Cose, alla morte e alle lesioni personali, restano pertanto esclusi i risarcimenti a carattere punitivo e/o sanzionatorio.
Per i Sinistri occorsi nei territori dei paesi extraeuropei, qualora la Società non intenda avvalersi della facoltà di gestione della vertenza di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione, l'intervento della Società stessa avrà luogo in Italia sotto forma di Rimborso all'Assicurato in Euro delle somme che egli fosse tenuto a corrispondere per danni provocati a terzi, purché l'ammontare ed il versamento degli Indennizzi siano debitamente documentati.

Art. 2.6 – Condizioni Specifiche (con sconto)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni Specifiche di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza.

Art. 2.6.1 – Modifica Franchigia
L'importo della Franchigia per Sinistro, previsto per i danni alle Cose all'Art. 2.1 Garanzia base, si intende modificato in:
a) € 500,00;
b) € 1.000,00
a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata in Polizza.

Come assicura

Art. 2.7 – Massimale per Sinistro
L'Assicurazione è prestata entro il Massimale stabilito per la responsabilità civile e indicato in Polizza, resta inteso che il Massimale per Sinistro rappresenta il limite globale di esposizione della Società anche nel caso di evento che interessi contemporaneamente più estensioni o limitazioni di garanzia.
Il Massimale stabilito in Polizza ed i limiti di Risarcimento previsti per le singole garanzie sono, per ogni effetto, unici anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra loro.
In caso di Sinistro che interessi contemporaneamente sia la garanzia Responsabilità civile verso terzi che quella RCO, se operante, la Società non risarcirà somme superiori al Massimale RCT.

Art. 2.8 – Validità territoriale
L'Assicurazione RCT vale per i danni che avvengono nei territori di tutti i Paesi Europei.
La garanzia RCO/RCI opera nel mondo intero.
La garanzia RC Patrimoniale si intende operante in tutto il mondo, escluso USA, Canada e Messico.

SINTESI LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Garanzia Base RCT	Interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività	Max € 250.000 per Sinistro ed Annualità Assicurativa	Scoperto 10% minimo € 1.500
	RCT base	-	Franchigia Danni a Cose € 250
Garanzie supplementari	RCO/RCI	Entro il Massimale prescelto	Infortuni dei dipendenti lettera b): Franchigia € 2.500 per ciascuna persona infortunata e per ciascun evento
	Malattie Professionali	50% del Massimale RCO	-
	R.C. Patrimoniale	Entro il Massimale prescelto	Scoperto 10% minimo € 2.500
	Organizzazione di manifestazioni e/o gare sportive	Entro il Massimale RCT	-
	Danni alle Cose in consegna e/o custodia	10% del Massimale RCT per Sinistro ed Annualità Assicurativa	Scoperto 10% minimo € 500
	Danni da incendio	Max 5% del Massimale RCT	Scoperto 10% minimo € 500
	R.C. proprietà del fabbricato	Entro il Massimale RCT	Franchigia € 250
	Collaboratori occasionali (danni subiti)	Entro il Massimale RCO	-
	Cose consegnate (guardaroba)	Max € 2.000 per ogni danneggiato	Franchigia € 250
	Danni ai locali/impianti di proprietà di terzi	Entro il Massimale prescelto	Scoperto del 10% minimo di € 500
	R.C. personale singoli espositori	Entro il Massimale RCT	-
	Tirocinio/stage	Entro il Massimale RCT	-
	Danni a veicoli di terzi	Entro il Massimale RCT	Franchigia € 250

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Condizioni Specifiche (a pagamento)	Eliminazione Franchigia	-	Abrogazione Franchigia Danni a Cose
	Estensione territoriale RCT	-	Franchigia € 5.000 fermi i presidi tecnici di importo superiore ove previsti
Condizioni Specifiche (con sconto)	Modifica Franchigia	-	Franchigia a scelta del Contraente: - € 500 - € 1.000

Cosa assicura

Art. 3.1 - Garanzia base [9]

La Società indennizza, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate indicate in Polizza, gli Infortuni subìti dagli Assicurati, intendendosi per tali i soggetti di cui all'Art. 1.8 Identificazione degli Assicurati, esclusivamente durante lo svolgimento di una o più delle seguenti attività, dichiarate dal Contraente e indicate in Polizza:

- **ASILI NIDO PRIVATI - SCUOLE DELL'INFANZIA PRIVATE.** La copertura è operante esclusivamente durante la permanenza nelle strutture del Contraente adibite ad Asili Nido privati - Scuole dell'Infanzia private.
  Limitatamente agli alunni, l'Assicurazione decorre dal momento in cui vengono presi in consegna dal personale incaricato e cessa all'atto della loro riconsegna ai rispettivi Familiari o a chi per essi. La copertura si intende estesa alle passeggiate e gite collettive effettuate a scopo ricreativo ed educativo e ad ogni altra manifestazione organizzata e diretta del Contraente.
- **LUDOTECHE.** La copertura è operante esclusivamente durante le attività svolte all'interno dei locali e dei relativi giardini e/o cortili della Ludoteca, negli orari stabiliti dal regolamento del Contraente e purché vi sia la sorveglianza di genitori e/o accompagnatori.
- **BABY PARKING.** La copertura è operante esclusivamente durante le attività svolte all'interno dei locali e dei relativi giardini e/o cortili del Baby Parking, negli orari stabiliti dal regolamento del Contraente ed a condizione che la stessa garantisca il servizio di sorveglianza e vigilanza da parte di personale appositamente preposto.
- **PRE-POST SCUOLA - ASSISTENZA ALLO STUDIO.** La copertura è operante esclusivamente durante le attività scolastiche e parascolastiche di pre scuola e post scuola organizzate e gestite dal Contraente, negli orari stabiliti dal regolamento del Contraente ed a condizione che la stessa garantisca il servizio di sorveglianza e vigilanza da parte di personale appositamente preposto.

Eventi garantiti [10]

Nell'ambito di operatività delle garanzie sono considerati Infortunio anche i seguenti eventi:

a) l'asfissia di origine non morbosa;
b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
e) l'annegamento;
f) l'assideramento e il congelamento;
g) le rotture sottocutanee dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella di Valutazione di cui all'Art.

9 La garanzia base copre le spese sanitarie che è necessario sostenere a seguito dell'Infortunio subito?
No, per ottenere il Rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di un Infortunio è necessario integrare la garanzia base mediante l'acquisto della garanzia supplementare Rimborso Spese Mediche.

10 In caso di eventi particolari come colpi di sole, annegamento, avvelenamento causato dalla puntura di un insetto la copertura assicurativa è operante?
Considerato che questi casi possano dar luogo a dubbi rispetto alla classica nozione di Infortunio - con cui si identifica un evento dovuto ad una causa fortuita, violenta ed esterna che provochi morte, invalidità permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto - essi vengono espressamente parificati all'Infortunio e, quindi, compresi nella copertura assicurativa.

6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, con l'esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori;

h) le lesioni determinate da Sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
i) le ernie traumatiche o da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall'Art. 6.7 Ernie traumatiche o da Sforzo delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
j) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
k) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
l) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
m) le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua purché non derivanti da immersioni con uso di autorespiratore.

Estensioni di garanzia
Si intendono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero
A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa agli Infortuni derivanti da atti di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, per un periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello stato estero.

2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo
Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente, salvo il caso di legittima difesa.

3) Rischio Volo
Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subìti dall'Assicurato durante i viaggi aerei o di trasferimento, purché connessi all'attività assicurata in Polizza, effettuati in qualità di passeggero, su Aeromobili.
Non sono indennizzabili i Sinistri avvenuti su Aeromobili gestiti da:
- società/aziende di Lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- Aeroclub.

Rimangono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei comunque effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

4) Rischio eventi naturali catastrofici
A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, le garanzie, limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente sono operanti anche per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.
Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.
Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente, l'Indennizzo sarà determinato sulla base dei criteri previsti dall'Art. 6.8 Eventi naturali catastrofici delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 3.1.1 - Garanzie prestate
Le seguenti garanzie saranno operanti solo se espressamente indicate in Polizza.

a) Morte
La garanzia è prestata, nel limite della Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato. L'operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifichi successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari, o in difetto di designazione gli eredi, hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

a.1) Stato Comatoso Irreversibile
La garanzia è altresì operante in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati all' Art. 6.3.3 Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

a.2) Commorienza di coniugi
Qualora in conseguenza di un medesimo evento si verifichi la morte dell'Assicurato unitamente a quella del coniuge o convivente more uxorio, anche non assicurato col presente contratto, le quote di indennità spettanti ai figli minori o portatori di handicap dell'Assicurato verranno raddoppiate restando però inteso che il maggiore esborso della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di € 250.000,00 qualunque sia il numero dei Beneficiari minorenni o portatori di handicap.

b) Invalidità Permanente
La garanzia è prestata, nel limite della Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio occorso all'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, o dalla Condizione specifica di cui all'Art 3.5.1 Tabella INAIL, se operante.
La garanzia è prestata anche se l'Invalidità Permanente si verifichi successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al **3% (Franchigia)** non è previsto alcun Indennizzo.
Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 3%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo di cui all'Art. 6.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni
L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:
a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minorenni assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei soggetti tenuti alla loro vigilanza;
b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dall'Art. 3.1 Garanzia base – Estensione dell'Assicurazione, punto 3) Rischio volo;
c) guida e uso di mezzi subacquei;
d) Delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
e) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;

f) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dall'Art. 3.1 Garanzia base – Estensione dell'Assicurazione, lettera a) Rischio guerra, insurrezioni all'estero e lettera b) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;
g) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, con-taminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
h) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
i) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
j) pratica di qualsiasi attività sportiva;
k) tutte le attività che prevedono l'impiego o l'ausilio di esercenti la professione sanitaria.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:
l) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e i contagi da virus HIV e Epatitico, salvo quanto previsto agli Artt. 3.4.7 HIV e 3.4.8 Epatite, se operanti.

Art. 3.3 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili dal presente contratto:
- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età superiore a 80 anni. Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva;
- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate e tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato, al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Come personalizzare

Art. 3.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 3.4.1 - Rimborso Spese Mediche
In caso di Infortunio indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, la Società, nel limite della Somma assicurata indicata in Polizza, provvede al Rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per:
a) Accertamenti diagnostici;
b) Onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché, nel caso di intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
c) I medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica con un limite del 20% della Somma assicurata;
d) Le rette di degenza;
e) L'acquisto o il noleggio, per un massimo di 365 giorni, di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
f) Il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'istituto di cura e/o ambulatorio entro il 20% della Somma assicurata;
g) Spese per accertamenti medico legali esclusi quelli previsti per l'eventuale arbitrato;
h) Cure odontoiatriche, paraodontopatie e protesi dentarie nel limite complessivo del 10% della Somma assicurata e con il massimo di € 1.100,00. Resta inteso che il Rimborso delle spese per le protesi

dentarie, se dovuto, sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre un Anno dalla data del Sinistro.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% con un minimo non indennizzabile di € 40,00 e un massimo di € 250,00 a carico dell'Assicurato.

Art. 3.4.2 - Indennità da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day-Hospital, reso necessario da Infortunio, la Società, a guarigione clinica ultimata, si obbliga a corrispondere all'Assicurato:

- l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza;
- il 50% dell'indennità prevista in Polizza in caso di Day-Hospital.

L'indennità verrà corrisposta per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio.
Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Art. 3.4.3 - Indennità da Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 3.4.2 Indennità da Ricovero, la Società si obbliga a corrispondere una Indennità per Convalescenza da Infortunio per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o di Day-Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio.
Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Art. 3.4.4 - Indennità da Immobilizzazione

In caso di Infortunio che abbia determinato una Immobilizzazione, la Società si obbliga a corrispondere l'indennità giornaliera indicata in Polizza.
L'indennità verrà corrisposta anche nel caso di applicazione di mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati purché siano rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e purché prescritti:

- da un Pronto Soccorso dipendente da struttura sanitaria, in assenza di Ricovero e di Day-Hospital;
- dai sanitari dell'Istituto di Cura, nel corso della degenza, in caso di Ricovero o di Day-Hospital.

La liquidazione dell'Indennità da Immobilizzazione verrà riconosciuta per ogni giorno di Immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 3.4.5 - Indennità forfettaria per Stato Comatoso

La Società, secondo i criteri indicati all'Art. 6.10 Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, si obbliga a corrispondere un Indennizzo aggiuntivo forfettario pari al 10% della Somma assicurata per il caso Morte con il massimo di € 15.000,00 qualora l'Infortunio abbia comportato uno Stato Comatoso dell'Assicurato.
L'Indennizzo aggiuntivo viene corrisposto qualora lo Stato Comatoso sia insorto entro e non oltre 5 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio e permanga trascorsi 5 giorni dalla data di insorgenza così come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.
Si conviene che la giornata di insorgenza e di termine dello Stato Comatoso sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora dell'insorgenza e del termine dello stesso.
Nel caso in cui l'Assicurato si risvegli dallo Stato Comatoso la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte a titolo di Indennizzo.

Art. 3.4.6 - Invalidità Permanente da danno estetico

La copertura prestata dalla garanzia Invalidità Permanente già presente in Polizza viene estesa anche agli Infortuni, indennizzabili a termini di Polizza, che abbiano come conseguenza danni permanenti di tipo estetico.
Per i criteri di indennizzo della presente garanzia si rimanda a quanto stabilito all'Art. 6.10 delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 3.4.7 - HIV
L'Assicurazione è operante, nel limite della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, in caso di contagio da virus HIV a causa di un evento accidentale ed esterno occorso all'Assicurato nell'esercizio delle mansioni per le quali è prestata l'Assicurazione che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva l'Invalidità Permanente e che sia insorto nel corso di validità del presente contratto.
Per i criteri di indennizzo della presente garanzia si rimanda a quanto stabilito all'Art. 6.12 delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 3.4.8 - Epatite
L'Assicurazione è operante, nel limite della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, in caso di contagio da virus EPATITICO a causa di un evento accidentale ed esterno occorso all'Assicurato nell'esercizio delle mansioni per le quali è prestata l'Assicurazione che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva l'Invalidità Permanente e che sia insorto nel corso di validità del presente contratto. Per i criteri di indennizzo della presente garanzia si rimanda a quanto stabilito all'Art. 6.12 Criteri di Indennizzo per HIV ed EPATITE delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 3.4.9 - Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri
Se l'Infortunio ha per conseguenza un Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 20 giorni, la Società si obbliga a corrispondere l'indennità giornaliera per Ricovero stabilita in Polizza:
- maggiorata del 50% dal ventunesimo al quarantesimo giorno consecutivo di degenza;
- raddoppiata oltre il quarantesimo giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'Istituto di cura.

Per il caso di Ricovero a seguito di Infortunio in reparto di rianimazione o di cura intensiva, e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari al doppio della somma convenuta in Polizza.
L'indennità di Ricovero a seguito di Infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

Art. 3.5 - Condizioni Specifiche (a pagamento)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni Specifiche di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 3.5.1 - Tabella INAIL
A parziale deroga di quanto disposto all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, l'Invalidità Permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato 1, parte I (tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente per Industria) al Testo unico delle disposizioni per l'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia prevista dalla legge medesima.

Art. 3.5.2 - Rischio in itinere
La garanzia è operante, nel limite delle Somme assicurate indicate in Polizza, per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i trasferimenti, dal luogo di ritrovo a quello di svolgimento dell'attività assicurata in Polizza e tragitto inverso, in qualità di trasportato su ordinari mezzi di locomozione terrestri ed a condizione che il trasporto sia organizzato in forma collettiva dal Contraente.

Art. 3.6 - Condizioni Specifiche (con sconto)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni Specifiche di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza.

Art. 3.6.1 - Modifica Franchigia - Invalidità Permanente con Franchigia 5%
La Società, a parziale modifica di quanto previsto all'Art. 3.1.1 lettera b) Invalidità Permanente, in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% non corrisponderà alcun Indennizzo.
Per Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo di cui all'Art. 6.5 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 3.6.2 - Modifica Franchigia - Invalidità Permanente con Franchigia 10%
La Società, a parziale modifica di quanto previsto all'Art. 3.1.1 lettera b) Invalidità Permanente, in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 10% non corrisponderà alcun Indennizzo.
Per Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo di cui all'Art. 6.5 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Come assicura

Art. 3.7 - Massimale catastrofale
Nel caso in cui un medesimo evento colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società per il Sinistro non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00.
Se gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedono nel loro complesso tale importo, essi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 3.8 - Estensione Territoriale
L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salve le limitazioni territoriali e temporali previste dall'Art. 3.1 Garanzia base - Estensioni di garanzia punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero.

SINTESI LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Garanzia Base	Morte	Stato Comatoso irreversibile: Indennizzo parificato al caso Morte	Se perdura almeno 180gg
		Commorienza dei coniugi: raddoppio indennizzi. Maggiore esborso max € 250.000	-
	Invalidità Permanente	-	Franchigia 3%
Garanzie Supplementari	Rimborso spese mediche	Medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi, cure termali, cure e applicazioni con lo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico, chirurgia plastica ed estetica: 20% della Somma assicurata Acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi: per noleggio max 365 gg Trasporto con mezzi sanitari: 20% della Somma asssicurata Cure odontoiatriche, paraodontopatie e protesi dentarie: 10% della Somma assicurata max € 1.100	Scoperto 10% minimo € 40 e massimo € 250
	Indennità da Ricovero	Max 365 giorni per Sinistro 50% dell'indennità prevista in Polizza in caso di Day-Hospital	Non viene conteggiato il giorno delle dimissioni
	Indennità da Ricovero e Convalescenza	Max 90 giorni per Sinistro in aggiunta a Indennità da Ricovero. Minimo 2 giorni di degenza	Non viene conteggiato il giorno delle dimissioni
	Indennità da immobilizzazione	Max 60 giorni per Sinistro	-
	Indennità forfettaria per Stato Comatoso	Indennizzo aggiuntivo del 10% della Somma assicurata Morte Max € 15. 000	Se perdura per almeno 5 giorni
	Invalidità Permanente da danno estetico	Entro la Somma assicurata Invalidità Permanente	-

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Garanzie Supplementari	Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri	Indennità giornaliera: - Maggiorata del 50% dal 21esimo al 40esimo giorno di degenza - Raddoppiata dal 41esimo giorno fino alle dimissioni Max 365 giorni	Se Ricovero ha durata superiore a 20 giorni
	HIV	Entro la Somma assicurata Invalidità Permanente	-
	Epatite	Entro la Somma assicurata Invalidità Permanente	-
Condizioni Specifiche (a pagamento)	Rischio in Itinere	Entro le Somme assicurate Morte e Invalidità Permanente	-
	Tabella INAIL	-	-
Condizioni Specifiche (con sconto)	Modifica Franchigia Invalidità Permanente	-	Franchigia fissa a scelta del Contraente: - 5% - 10%

Cosa assicura

Art. 4.1 – Garanzia base

La Società assicura le **spese legali, peritali, di giustizia, processuali** e di **indagine**, non ripetibili dalla controparte, occorrenti al Contraente e all'Assicurato per la difesa dei propri interessi nei limiti del Massimale indicato in Polizza e nell'ambito dei casi indicati nella presente Sezione esclusivamente per i fatti relativi all'espletamento delle **funzioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata dal Contraente**. [11]
Sono garantite le spese per l'intervento di un **unico legale** per ogni grado di giudizio e le eventuali spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato.

Sono inoltre garantite le spese:

- legali anche quando la vertenza venga trattata mediante convenzione di negoziazione assistita o tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- dell'organismo di mediazione, nei casi di mediazione obbligatoria, e le spese dell'arbitro eventualmente sostenute dall'Assicurato;
- per le operazioni di esecuzione forzata vengono garantite nel limite di 2 (due) tentativi per Sinistro;
- per la proposizione della querela sono riconosciute solamente qualora sia instaurato un Procedimento penale nel quale la controparte sia rinviata a giudizio.

L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al Sinistro, al Premio e/o alla Polizza.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti quota lite conclusi tra l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali.

Per l'erogazione delle prestazioni, la Società si avvale di ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, in seguito denominata ARAG. [12]

Prestazioni garantite

La garanzia assicurativa riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato nell'ambito delle attività svolte dichiarate e/o delle finalità perseguite dal Contraente risultanti dall'atto costitutivo e dallo statuto ed in particolare per:

a) **Difesa penale per Delitti colposi o contravvenzioni**, comprese le violazioni in materia fiscale amministrativa.
b) **Difesa penale in procedimenti per Delitti dolosi**, comprese le violazioni in materia fiscale e amministrativa, purché gli assicurati vengano assolti (art. 530 comma 1, Codice di Procedura Penale)

11 Cosa bisogna fare per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia TUTELA LEGALE?
È necessario presentare denuncia scritta all'Agenzia che ha in carico il contratto, oppure alla Società o ad ARAG SE (società cui è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela Legale). I recapiti di quest'ultima per le nuove denunce sono: via FAX al numero 045.8290557 oppure tramite E-MAIL a denunce@arag.it. Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" – "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".

12 È possibile farsi assistere da un legale di fiducia o è necessario affidarsi ad un legale scelto da ARAG SE?
La scelta del legale è libera e pertanto è possibile farsi assistere da un professionista di fiducia oppure, soltanto qualora non ne avesse, da un legale selezionato appartenente al network ARAG.
Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" – "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".

con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del Reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di Reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come Reato. Sono esclusi i casi di estinzione del Reato per qualsiasi altra causa.

Fermo restando l'obbligo per gli assicurati di denunciare il Sinistro nel momento in cui viene notificato il primo atto di indagine penale a loro carico, la Società non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

Nel caso in cui il giudizio, anche a seguito di archiviazione e successiva riapertura, si concluda con sentenza definitiva diversa da assoluzione o derubricazione del Reato da doloso a colposo, la Società richiederà al Contraente il Rimborso di tutti gli oneri eventualmente anticipati per la difesa in ogni grado di giudizio.

Le prestazioni di cui ai punti a) e b), garantiscono anche le spese per ottenere il dissequestro di beni dell'Assicurato sottoposti a sequestro nell'ambito di procedimenti penali nel caso in cui ciò risulti indispensabile per il proseguimento dell'attività assicurata.

c) **Danni subiti**, per la richiesta di risarcimento danni extracontrattuali a persona o a Cose subiti per fatti illeciti di terzi, anche in caso di costituzione di parte civile nell'ambito del Procedimento penale a carico della controparte.
d) **Danni causati**, per la richiesta di risarcimento per danni extracontrattuali causati a terzi, ove, ai sensi dell'Art. 1917 Codice Civile, risultino adempiuti gli obblighi dell'assicuratore della responsabilità civile. L'intervento della Società è comunque condizionato all'esistenza ed effettiva operatività di una valida garanzia di responsabilità civile. Nel caso in cui la polizza di Responsabilità civile, pur essendo regolarmente in essere, non copra il Sinistro e, pertanto, non vi sia alcun intervento dell'assicuratore R.C., la presente garanzia opera in primo rischio.
e) **Ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione**, a seguito di provvedimento di cancellazione o della mancata iscrizione del Contraente nel registro delle Associazioni.
f) **Responsabilità amministrativa**, contabile e giudizio di conto per procedimenti instaurati avanti la Corte dei Conti.
   La prestazione garantisce le spese per sostenere la difesa per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per giudizi instaurati avanti la Corte dei Conti nei confronti dell'Assicurato.
   La prestazione opera qualora il giudizio si concluda con:
   - sentenza di condanna per colpa grave;
   - archiviazione di rito;
   - archiviazione per mancanza di danno o nel caso in cui lo stesso sia venuto meno;
   - sentenza di non doversi procedere, salvo il caso in cui siano contestate all'Assicurato condotte di natura dolosa;
   - sentenza di assoluzione per colpa lieve o comunque per carenza di colpa grave, anche con compensazione delle spese legali, nei casi in cui l'Ente Pubblico di appartenenza opponga rifiuto espresso, scritto e motivato di pagamento delle spese legali;
   - sentenza di assoluzione per definitivo proscioglimento, nei casi in cui l'Ente Pubblico di appartenenza opponga rifiuto espresso, scritto e motivato di pagamento delle spese legali per conflitto di interessi.

   In tutti gli altri casi la prestazione non opera.

La Società non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute in caso di archiviazione o quando la sentenza sia passata in giudicato, fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza. Nel caso in cui le spese legali siano liquidate in sentenza, la Società rimborserà l'importo nei limiti indicati nella stessa.

Cosa NON assicura

Art. 4.2 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante:

a) per vertenze in materia di diritto di famiglia, delle successioni o delle donazioni;
b) per vertenze in materia fiscale o amministrativa, salvo quanto previsto agli Artt. 4.1 Garanzia base, lettera e) e 4.3.5 Pacchetto sicurezza, lettera b) punti 3 e 4;

c) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
d) per vertenze concernenti diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale;
e) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
f) per controversie derivanti dalla circolazione e dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o Aeromobili, salvo quanto previsto;
g) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
h) per fatti dolosi delle persone assicurate, salvo quanto previsto all'Art. 4.1 – Garanzia base, lettera b) e all'Art 4.3.5 Pacchetto sicurezza, lettera b) punto 2, se operanti;
i) per controversie tra assicurati;
j) per controversie contrattuali con i clienti per inadempienze proprie o di controparte, relative a prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal Contraente nell'esercizio della sua attività, salvo quanto previsto all'Art. 4.3.3. Controversie con i clienti e con il Comune, se operante;
k) per compravendita e permuta di immobili;
l) per controversie sulla locazione, proprietà, utilizzo e appalto/subappalto relativamente ad interventi di restauro e risanamento conservativo, ristrutturazione e costruzione ex novo degli edifici comprese i connessi contratti di fornitura e posa in opera di materiali o impianti, salvo quanto previsto all'Art. 4.3.4 Sedi/Immobili di proprietà del Contraente, se operante;
m) per controversie derivanti dall'esercizio dell'attività medica e di operatore sanitario;
n) per i casi di adesione ad azioni di classe (class action);
o) per le vertenze con la Società, salvo quanto previsto all'Art. 4.3.2 Controversie con i fornitori e le Compagnie di assicurazione, se operante;
p) per i casi di difesa penale per abuso di minori;
q) per controversie tra Contraente e assicurati relativamente al pagamento della quota associativa;
r) per le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari;
s) per le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

Come personalizzare

Art. 4.3 – Garanzie Supplementari (a pagamento)
Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 4.3.1 – Controversie contrattuali di lavoro
Le prestazioni garantite operano esclusivamente a favore del Contraente per le **controversie contrattuali** connesse all'attività associativa, nel caso di **controversie individuali di lavoro** con i soggetti iscritti nel Libro Unico del lavoro del Contraente, salvo quanto previsto dall'Art. 6.20 Coesistenza con copertura assicurativa per Danni a terzi.

Art. 4.3.2 – Controversie con i fornitori e le Compagnie di assicurazione
Le prestazioni garantite operano esclusivamente a favore del Contraente per le **controversie contrattuali** connesse all'attività associativa, nei seguenti casi :
a) **con fornitori** di beni o servizi per inadempienze contrattuali, proprie o di controparte, sempreché il valore in lite sia superiore a € 200,00;
b) **con le Compagnie di assicurazione** riferite a polizze sottoscritte dal Contraente, purché il valore in lite sia superiore a € 500,00.

Art. 4.3.3 – Controversie con i clienti e con il Comune
Le prestazioni garantite operano esclusivamente a favore del Contraente per le **controversie contrattuali** connesse all'attività associativa, nei seguenti casi:
a) **con i clienti**, compreso il recupero crediti, relative a forniture di beni o prestazioni di servizi effettuate dal Contraente. ARAG, accertata la regolarità della denuncia del Sinistro, svolgerà in via stragiudiziale ogni

attività intesa al raggiungimento dell'accordo con la controparte, direttamente o tramite professionisti da essa scelti.
Per quanto riguarda il recupero crediti, le prestazioni o forniture devono essere state effettuate decorsi 3 (tre) mesi dalla validità della presente Polizza ed i crediti devono essere rappresentati da titoli esecutivi o documentati da prova scritta o equiparata.
La prestazione viene garantita con il limite di 2 (due) Sinistri stragiudiziali insorti in ciascun Anno assicurativo.
In deroga all'Art. 6.20 Coesistenza con copertura assicurativa per Danni a terzi delle presenti Condizioni di Assicurazione, anche nel caso di coesistenza ed operatività della polizza di Responsabilità civile stipulata dal Contraente, ARAG provvederà alla liquidazione integrale delle spese assicurate entro il limite del Massimale di Polizza.

b) **con il Comune** dove ha sede l'associazione contraente, per la concessione di sovvenzioni, contributi ed ausili finanziari in favore dell'associazione stessa.
La prestazione opera con il limite di 2 (due) Sinistri stragiudiziali insorti in ciascun Anno assicurativo.

Art. 4.3.4 – Sedi/Immobili di proprietà del Contraente
Le prestazioni garantite operano esclusivamente a favore del Contraente, relativamente ai **beni immobili** utilizzati esclusivamente ai fini dell'esercizio dell'attività associativa, nei seguenti casi:
a) Richiesta di **risarcimento danni extracontrattuali** provocati agli immobili da fatti illeciti di terzi.
b) **Difesa penale** in procedimenti per Delitti colposi e per contravvenzioni.
c) **Controversie** relative alla locazione, al diritto di proprietà e agli altri diritti reali.

Art. 4.3.5 – Pacchetto sicurezza
La garanzia assicurativa riguarda la tutela dei diritti del Contraente/Assicurato riferita ai seguenti casi di contestazione d'inosservanza degli obblighi ed adempimenti di cui:

a) al D.lgs. 81/2008 e D.Lgs. 106/2009 e successive disposizioni normative o regolamentari, in materia di **Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.**
Le garanzie previste all'Art. 4.1 Garanzia base - vengono prestate agli assicurati per:
- la difesa nei procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni;
- la difesa in procedimenti penali per omicidio colposo o lesioni personali colpose (artt. 589 – 590 Codice Penale);
- l'opposizione o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi, le sanzioni amministrative non pecuniarie e pecuniarie di importo determinato in misura non inferiore a € 250.

Le prestazioni garantite operano a tutela dei diritti degli Assicurati, in qualità di:
- Responsabile dei lavori
- Coordinatore per la progettazione
- Coordinatore per l'esecuzione dei lavori
- Legali Rappresentanti
- Dirigenti
- Preposti
- Medico Competente
- Responsabili dei Servizi di Prevenzione
- Prestatori di lavoro.

Le garanzie valgono anche qualora il Contraente, in relazione all'attività esercitata, rivesta la qualifica di Committente dei lavori ai sensi del D.Lgs 81/08 e diposizioni integrative e correttive contenute nel D.Lgs. 106/2009.

b) al Regolamento UE 2016/679 e normativa nazionale integrativa e vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali in materia di **Tutela della Privacy**.
Le garanzie tutelano il Contraente, in relazione ai trattamenti di cui sia titolare.
Le garanzie previste vengono prestate per le spese sostenute dagli Assicurati relativamente ai casi assicurativi che siano connessi allo svolgimento degli incarichi/ruoli di cui al Regolamento UE 2016/679.

Le garanzie valgono per:

1) sostenere la difesa in procedimenti penali per Delitti colposi e/o contravvenzioni
2) sostenere la difesa in procedimenti penali per Delitti dolosi previsti. Le spese per la difesa penale a seguito di imputazione per Delitto doloso verranno rimborsate da ARAG nel solo caso di assoluzione, esclusi i casi di estinzione del reato, successivamente al passaggio in giudicato della sentenza. Fermo restando l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il Sinistro nel momento in cui ha inizio il Procedimento penale, ARAG rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.
3) l'opposizione e/o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi, le sanzioni amministrative non pecuniarie e le sanzioni amministrative pecuniarie di importo determinato in misura non inferiore a € 300,00.
4) sostenere la difesa nei procedimenti civili dinanzi al Garante per la protezione dei dati personali nel caso di reclami, segnalazioni e ricorsi. Qualora sussista copertura di Responsabilità Civile, la presente garanzia opererà solo dopo che risultino adempiuti, ai sensi dell'Art. 1917 Codice Civile, gli obblighi dell'assicuratore di Responsabilità Civile. Le garanzie vengono prestate a condizione che il titolare abbia provveduto, quando previsto, alla tenuta del registro dei trattamenti.

Art. 4.3.6 – Riforma fiscale e tributaria

La prestazione opera esclusivamente per i procedimenti tributari e fiscali secondo quanto previsto dal D.Lgs. 472/97 ed eventuali successive modifiche. La prestazione opera a favore del Contraente che debba presentare ricorso avverso la sanzione amministrativa comminata dall'autorità preposta.
Le spese relative al ricorso saranno rimborsate solo in caso di accoglimento, anche parziale, del ricorso.

Come assicura

Art. 4.4 – Decorrenza della garanzia

La prestazione assicurativa viene garantita per i Sinistri che siano insorti:

a) **durante il periodo di effetto della Polizza**, se si tratta di danno o presunto danno causato o subito dall'Assicurato o di violazione o presunta violazione della norma di legge penale o amministrativa;
b) **trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza**, in tutte le restanti ipotesi.

Qualora la presente Assicurazione sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Tutela legale, la carenza dei 3 mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia di Sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela legale.

Art. 4.5 – Insorgenza del Sinistro

Ai fini della presente Polizza, per **insorgenza del Sinistro** si intende **la data in cui si verifica l'evento** dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

a) il danno o presunto Danno extracontrattuale subìto o causato dall'Assicurato;
b) la violazione o presunta violazione del contratto;
c) la violazione o la presunta violazione della norma di legge;
d) la condotta o la violazione o presunta violazione del contratto o della norma di legge che ha originato un danno erariale.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, per momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data del verificarsi del primo evento dannoso.

Relativamente alle garanzie di cui all' Art. 4.3.5 Pacchetto sicurezza (lettere a) e b)) per insorgenza del Sinistro si intende:

- il compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo e/o penale;
- il momento in cui l'Assicurato abbia o avrebbe cominciato a violare le norme di legge, nel caso di Procedimento penale per omicidio colposo e/o lesioni corporali colpose.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data della prima violazione.
La garanzia comprende i Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini dell'Art. 6.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato e dell'Art. 6.17 Libera scelta del legale della Sezione Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, entro 2 anni dalla cessazione del contratto stesso.
Si considerano come unico Sinistro, a tutti gli effetti, uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti. La data di insorgenza corrisponde a quella del primo evento dannoso.

In caso di pluralità di Assicurati coinvolti in un unico Sinistro, la garanzia viene prestata con un unico Massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dagli oneri da ciascuno sopportati. Se al momento della definizione del Sinistro il Massimale risulta non esaurito, il residuo viene ripartito in parti uguali tra gli Assicurati che non hanno ricevuto integrale ristoro.

Art. 4.6 – Massimale
La garanzia si intende prestata fino al raggiungimento del Massimale indicato in Polizza, senza limite di denunce per Annualità Assicurativa.

Art. 4.7 – Persone assicurate
L'Assicurazione è sempre operante, con le limitazioni previste dagli articoli di questa Sezione, per:
- il Contraente;
- il Direttivo (a titolo esemplificativo Presidente, vice Presidente, Tesoriere, Segretario, membri del Consiglio direttivo, Collegio Revisori dei Conti, Collegio dei Probiviri);
- i Prestatori di lavoro e collaboratori del Contraente, se presenti.

Le garanzie sono estese, qualora siano indicate in Polizza e ne sia stato pagato il relativo Premio, anche a:
- gli associati;
- i minorenni (alunni/bambini),
- il personale docente e non docente;
- i sorveglianti.

Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le prestazioni vengono fornite unicamente a favore del Contraente.

Art. 4.8 – Validità territoriale
L'Assicurazione vale per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei territori di seguito indicati:
- nei paesi dell'**Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera** e **Liechtenstein** per la difesa penale, per la richiesta di Risarcimento Danni e per la resistenza alla richiesta di Risarcimento di natura extracontrattuale avanzate da terzi, per le vertenze contrattuali in materia di lavoro, con i fornitori, alla locazione, al diritto di proprietà e altri diritti reali ;
- nella **Repubblica Italiana,** nella **Città del Vaticano** e nella **Repubblica di San Marino**, per la responsabilità amministrativa, per i ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione, per le controversie contrattuali con i clienti e con il Comune e per l'opposizione o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi di cui all'Art. 4.3.5 Pacchetto Sicurezza.

Combinazioni di Assicurazione [13]
Le possibili combinazioni di Assicurazione sono acquistabili a scelta del Contraente e differenziate per tipo di copertura nonché per Somme assicurate o Massimali (i cui importi sono indicati in Polizza).

	Pack Protezione XS	Pack Protezione S	Pack Protezione M	Pack Protezione L	Pack Protezione XL
RCT	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
Morte (da Infortunio)	€ 25.000	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 100.000
IP (da Infortunio)	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 150.000	€ 200.000
Indennità da Ricovero (da Infortunio)	€ 25	€ 50	€ 50	€ 75	€ 100
Indennità da Ricovero (da Malattia)	€ 25	€ 50	€ 50	€ 75	€ 100
RSM (da Infortunio)	-	-	€ 1.000	€ 2.500	€ 5.000

Art. 5.1 – DANNI A TERZI

Cosa assicura

Art. 5.1.1 – RCT
La Società, entro il Massimale e nei limiti indicati in Polizza, tiene indenne l'Assicurato, intendendosi per tale il Volontario, della somma (capitale, interessi e spese) che questi deve risarcire, se civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni **involontariamente causati a terzi per:**
- **morte**
- **lesioni personali**
- **danneggiamenti a Cose**

in conseguenza di un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi connessi all'esercizio delle attività svolte e dichiarate dal Contraente e indicate in Polizza, senza scopo di lucro e nel rispetto delle leggi e dei regolamenti che le disciplinano.
Per i danni alle Cose, il pagamento del Risarcimento sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 250,00 per Sinistro.
I singoli Volontari sono considerati terzi nei confronti del Contraente e terzi tra loro.

*13 **Per assicurare, come da obbligo di legge, l'attività dei Volontari è sufficiente sottoscrivere la garanzia base?***
No, la copertura obbligatoria prevista a favore dei Volontari dal D.Lgs. 117/2017 non è inclusa nella garanzia base, ma è inserita nel pack aggiuntivo appositamente dedicato all'attività dei Volontari e comprende le garanzie Responsabilità civile verso terzi, Infortuni e Malattia.

Cosa NON assicura

Art. 5.1.2 – Persone non considerate "terzi"
Non sono considerati terzi i Familiari dell'Assicurato.

Art. 5.1.3 – Esclusioni
L'Assicurazione non comprende i danni:

a) verificatisi in occasione di fatti di guerra dichiarata e non, guerra civile, occupazione militare, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e da tutti gli eventi a questi assimilabili;
b) derivanti dalla proprietà ed uso di esplosivi e/o sostanze radioattive;
c) derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
d) conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;
e) verificatisi in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
f) derivanti da prodotti geneticamente modificati;
g) derivanti dalla proprietà o guida di veicoli/natanti a motore di qualsiasi genere, nonché da Aeromobili;
h) derivanti da inquinamento di aria, acqua, suolo; da interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto si trova nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
i) conseguenti ad errori o omissioni nella stipulazione o modifica di polizze assicurative, obbligatorie o facoltative, o a ritardi nel pagamento dei relativi premi;
j) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dell'Assicurato e non derivantegli direttamente dalla legge;
k) derivanti da tutte le attività che prevedono l'impiego o l'ausilio di esercenti la professione sanitaria;
l) causati da atti dolosi dell'Assicurato, salvo se compiuti da persone delle quali debba rispondere per legge;
m) conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite;
n) da furto e rapina;
o) causati da fuoriuscita d'acqua condotta da guasto e rottura d'impianti idrici, igienici, di riscaldamento e tecnici;
p) derivanti da mancato svolgimento, interruzione o rinvio delle manifestazioni;
q) derivanti da spettacoli pirotecnici e/o manipolazione di fuochi d'artificio;
r) derivanti dalla proprietà e/o montaggio o smontaggio di tribune;
s) derivanti da proprietà o uso di giochi gonfiabili e tappeti elastici;
t) a statue, opere d'arte, tribune, palchi, alberi, piante, manto erboso;
u) dall'attività di gestione di parcheggi;
v) subiti dagli animali di proprietà, in uso, consegna e custodia dell'Assicurato;
w) a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo ed alle Cose portate da clienti o frequentatori nei luoghi ove si svolge l'attività assicurata;
x) subìti dai Prestatori di lavoro, anche occasionali, durante lo svolgimento delle loro attività;
y) da proprietà dei fabbricati;
z) derivanti da merci di qualsiasi genere, prodotti alimentari e bevande dopo la loro consegna o somministrazione salvo quanto previsto all'Art. 2.1 Garanzia base RCT lettera a);
aa) causati a Cose di terzi da incendio, esplosione e scoppio;
bb) ai locali, impianti e attrezzature in uso, consegna e/o custodia dall'Assicurato;
cc) derivanti dalle attività di Protezione Civile, Soccorso alpino e Compagnie Barracellari;
dd) derivanti, sia direttamente che indirettamente, da attività biotecnologiche, ingegneria genetica, produzione, trattamento, sperimentazione, distribuzione, trasporto, stoccaggio o qualsiasi altro utilizzo o conservazione di materiali e/o sostanze di origine umana.

Come assicura

Art. 5.1.4 – Massimale per Sinistro
L'Assicurazione è prestata entro il Massimale stabilito per la responsabilità civile e indicato in Polizza; resta inteso che il Massimale per Sinistro rappresenta il limite globale di esposizione della società anche nel caso di evento che interessi contemporaneamente più estensioni o limitazioni di garanzia.
Il Massimale stabilito in Polizza è, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra loro.

In caso di Sinistro che interessi contemporaneamente sia la Garanzia base – RCT della Sezione Danni a terzi, che quella RCT della Sezione Volontari, se operante, la Società non risarcirà somme superiori al massimale RCT.

Art. 5.1.5 – Validità territoriale
L'Assicurazione RCT vale per i danni che avvengono nei territori di tutti i Paesi Europei.

5.2 - INFORTUNI

Cosa assicura

Art. 5.2.1 – Morte
La Società indennizza, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, l'Infortunio subìto dall' Assicurato, intendendosi per tale il Volontario, durante l'operatività del contratto e nell'esercizio delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata dal Contraente e indicata in Polizza, che ha come conseguenza la morte dello stesso.
L'operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.
Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari, o in difetto di designazione gli eredi, hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

Art. 5.2.2 – Stato Comatoso Irreversibile
La garanzia è altresì operante in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati all' Art. 6.3.3 Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 5.2.3 – Invalidità Permanente
La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio subìto dall'Assicurato, intendendosi per tale il Volontario durante l'operatività del contratto e nell'esercizio delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata dal Contraente e indicata in Polizza, che ha come conseguenza una **Invalidità Permanente** accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.
La garanzia è prestata anche se l'Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.
In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al **3% (Franchigia)** non è previsto alcun Indennizzo.

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 3%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo di cui all'Art. 6.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 5.2.4 – Rimborso Spese Mediche
La Società provvede al Rimborso delle spese, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, in caso di Infortunio subìto dall'Assicurato, intendendosi per tale il Volontario durante l'operatività del contratto e nell'esercizio delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata dal Contraente e indicata in Polizza, per:

1) Accertamenti diagnostici;
2) Onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché, nel caso di intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
3) I medicinali, i trattamenti fisioterapici, rieducativi, le cure termali (escluse spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica con un limite del 20% della Somma assicurata;
4) Le rette di degenza;
5) L'acquisto o il noleggio, per un massimo di 365 giorni, di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
6) Il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'istituto di cura e/o ambulatorio entro il 20% della Somma assicurata;
7) Spese per accertamenti medico legali esclusi quelli previsti per l'eventuale arbitrato;
8) Cure odontoiatriche, paraodontopatie e protesi dentarie nel limite complessivo del 10% della Somma assicurata e con il massimo di € 1.100,00. Resta inteso che il Rimborso delle spese per le protesi dentarie, se dovuto, sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempre che la protesi sia applicata entro e non oltre 1 Anno dalla data del Sinistro.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno Scoperto pari al 10% con un minimo non indennizzabile di € 40,00 e un massimo di € 250,00 a carico dell'Assicurato.

Art. 5.2.5 – Indennità da Ricovero
La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, in caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day-Hospital, reso necessario da Infortunio subìto dall'Assicurato, intendendosi per tale il Volontario durante l'operatività del contratto e nell'esercizio delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata dal Contraente e indicata in Polizza. La Società a guarigione clinica ultimata corrisponderà all'Assicurato:

- l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza;
- il 50% dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno di degenza in caso di Day-Hospital.

L'indennità verrà corrisposta per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio.
Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Cosa NON assicura

Art. 5.2.6 – Esclusioni
Valgono le stesse esclusioni di cui all'Art 3.2 Esclusioni della Sezione Infortuni.

Come assicura

Art. 5.2.7 – Massimale catastrofale
Nel caso in cui un medesimo evento colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società per il Sinistro non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00.
Se gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedono nel loro complesso tale importo, essi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 5.2.8 – Estensione Territoriale
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

5.3 – MALATTIA

Cosa assicura

Art. 5.3.1 – Garanzia Base
La Società, indennizza l'Assicurato, intendendosi per tale il Volontario, con una indennità giornaliera, nel limite della Somma Assicurata stabilita in Polizza, per il caso di Ricovero in Istituto di Cura reso necessario da Malattia Acuta manifestatasi durante l'espletamento delle mansioni svolte nell'ambito dell'attività dichiarata in Polizza.
La Società corrisponderà l'Indennità per ogni giorno di degenza e per un massimo di 365 giorni per ogni Malattia denunciata. Agli effetti del computo delle giornate di degenza si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Cosa NON assicura

Art.5.3.2 – Esclusioni
La garanzia Indennità per Ricovero da Malattia non è operante per:
a) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
b) i ricoveri necessari alla correzione o l'eliminazione di qualsiasi Difetto Fisico/Malformazione; si intendono esclusi anche gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione;
c) l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze;
d) le cure odontoiatriche e delle paradontopatie;
e) HIV e gli stati patologici correlati ad essa;
f) le prestazioni aventi finalità estetiche;
g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262, e successive modifiche) quali per esempio le cure omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.
h) le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
i) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
j) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
k) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 5.3.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone di età superiore a 80 anni. Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva.

Come assicura

Art. 5.3.4 - Estensione Territoriale

L'Assicurazione Malattia vale in tutto il mondo

SINTESI LIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIA DANNI A TERZI			
Garanzie	**Descrizione**	**Limiti/Sottolimiti**	**Franchigie/Scoperti**
Garanzia base	RCT	Entro il Massimale della combinazione prescelta	Franchigia Danni a Cose € 250

GARANZIA INFORTUNI			
Garanzie	**Descrizione**	**Limiti/Sottolimiti**	**Franchigie/Scoperti**
Garanzia base	Morte	Massimale catastrofale € 5.000.000 per Sinistro	-
		Stato Comatoso irreversibile: Indennizzo parificato al caso Morte	Se perdura per almeno 180 gg
	Invalidità Permanente	-	Franchigia 3%
	Rimborso spese mediche	Medicinali, trattamenti fisioterapici, rieducativi, cure termali, cure e applicazioni con lo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico, chirurgia plastica ed estetica: Max 20% della Somma assicurata Max 365 giorni per noleggio carrozzelle ortopediche o altri tutori/ presidi Trasporto con mezzi sanitari: Max 20% della Somma assicurata Cure odontoiatriche, paraodontopatie e protesi dentarie: 10% della Somma assicurata max € 1.100	Scoperto 10% con minimo € 40 e massimo € 250
	Indennità da Ricovero (da Infortunio)	Max 365 giorni per Sinistro 50% dell'indennità prevista in Polizza in caso di Day-Hospital	Non conteggiato il giorno delle dimissioni

GARANZIA MALATTIA			
Garanzie	**Descrizione**	**Limiti/Sottolimiti**	**Franchigie/Scoperti**
Garanzia base	Indennità da Ricovero (da Malattia)	Max 365 giorni per Sinistro	Non conteggiato il giorno delle dimissioni

Art. 6.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

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

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno;
- comunicare per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società la data, ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note, le modalità di accadimento e l'importo approssimativo del danno, entro 10 giorni dalla data dell'avvenimento o dal momento in cui ne sono venuti a conoscenza, nonché nome e domicilio delle persone danneggiate e degli eventuali testimoni del Sinistro;
- anticipare i contenuti della comunicazione scritta con una comunicazione fax o e-mail diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, in caso di Sinistro grave o di lesioni gravi a persona o decessi;
- trasmettere, appena sia noto, una comunicazione con indicazione del danno subito e con il dettaglio delle Cose danneggiate, distrutte, della loro qualità e quantità e valore;
- mettere a disposizione della Società e del perito incaricato ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il danno;
- fare tempestiva denuncia anche al debitore ed esperire, se la legge lo consente, la procedura di ammortamento, in caso di distruzione di titoli di credito. Le relative spese saranno a carico della Società.

Relativamente alla **Sezione Danni a terzi e alla Sezione Volontari (limitatamente alla garanzia RCT)** il Contraente o l'Assicurato devono inoltre comunicare tempestivamente le notizie, richieste od azioni avanzate, in ordine al Sinistro, dall'infortunato, dal danneggiato o dagli aventi diritto, adoperandosi per l'acquisizione di ogni elemento utile.

Agli effetti dell'Assicurazione di **Responsabilità Civile verso i Prestatori di lavoro**, l'Assicurato deve denunciare soltanto i Sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta a norma della legge infortuni o per i quali il Prestatore di lavoro ha presentato richiesta di Risarcimento danni.

Relativamente alla **Sezione Infortuni** e alla **Sezione Volontari (limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente, Indennità da Ricovero e Rimborso Spese Mediche):**[14]

- il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono formalizzare la denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, corredata da certificato medico e contenente l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
  L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.
- l'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

Per le garanzie Infortuni sotto riportate, valgono le seguenti disposizioni:

- **Invalidità Permanente**: in caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità

14 In caso di Sinistro Infortuni, ai fini dell'Indennizzo, è sufficiente avvisare l'agenzia, fornendo un certificato medico che attesti il decorso delle lesioni?

In caso di Infortunio, avvisare l'agenzia, fornendo la documentazione sanitaria che certifichi le lesioni che ne conseguono e il loro decorso, è una condizione necessaria ma non sufficiente per ottenere l'Indennizzo, in quanto l'Assicurato è, altresì, tenuto a sottoporsi agli accertamenti medici disposti dalla Società.

Qualora abbia acquistato la garanzia supplementare Rimborso Spese Mediche, è inoltre tenuto a fornire, ai fini del rimborso, la documentazione comprovante le spese sostenute.

Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

- **Indennità da Ricovero o da Ricovero e Convalescenza**: la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del Ricovero o del Day-Hospital, deve essere presentata alla Società.
- **Indennità da Immobilizzazione**: la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione, deve essere presentata alla Società.

Relativamente alla **Sezione Tutela legale** il Contraente o l'Assicurato devono:

- immediatamente denunciare per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Società o ad ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza;
- fare pervenire alla Direzione della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato.

Relativamente alla **Sezione Volontari (limitatamente alla garanzia Indennità da Ricovero per Malattia)** il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fornire la denuncia del Sinistro, debitamente sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, corredata da certificato medico;
- trasmettere copia della cartella clinica conforme all'originale. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.
  Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

NORME PER LA SEZIONE DANNI A TERZI E PER LA SEZIONE VOLONTARI (limitatamente alla garanzia RCT)

Art. 6.2 – Gestione delle vertenze e spese di difesa

La Società assume a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici:

- in sede stragiudiziale e in sede giudiziale civile, fino alla definizione del danno;
- in sede giudiziale penale fino alla conclusione del grado di procedimento in corso al momento della definizione del danno.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale assicurato in Polizza.
Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e il Contraente e/o Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.
La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle Spese di giustizia penale.
L'Assicurato è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedano o la Società lo richieda.

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI E PER LA SEZIONE VOLONTARI (limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente, Indennità da Ricovero e Rimborso Spese Mediche)

Art. 6.3.1 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza dell'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.
In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

- il certificato di morte;
- la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- il certificato autoptico;
- il certificato di non gravidanza della coniuge superstite;
- altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.

Art. 6.3.2 - Morte presunta
Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte.
Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli articoli 726 e 727 del codice di procedura civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione).
Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente residuata.

Art. 6.3.3 – Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile
La Somma assicurata per il caso di morte viene liquidata anche nel caso in cui lo Stato Comatoso divenga irreversibile in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la ulteriore denuncia del Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dalla autorità medico– ospedaliera competente.
Una volta corrisposto l' Indennizzo ai Beneficiari designati o in loro mancanza al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro, l'Assicurazione cessa in ogni caso nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro, salvo quanto previsto successivamente.
L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo:

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, qualora dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia Morte; in caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte;
- rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 6.4 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente [15]
La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate

15 Se a seguito di un Infortunio si è determinata una perdita solo parziale della funzionalità di un arto, verrà riconosciuto comunque un Indennizzo per invalidità permanente?
Si, in caso di perdita parziale della funzionalità, verrà riconosciuto un Indennizzo, ma l'invalidità permanente sarà calcolata in misura proporzionale alla suddetta perdita. Ad esempio, se a seguito dell'Infortunio si è verificato il dimezzamento della funzionalità di un braccio, il grado di invalidità permanente riconosciuto verrà anche esso dimezzato.

nella sottostante **tabella di valutazione** e con i seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

Arto/Organo		% di Invalidità Permanente in caso di perdita totale anatomica o funzionale
Un arto superiore		70%
Una mano o avambraccio		60%
Un pollice		18%
Un indice		14%
Un medio		8%
Un anulare		8%
Un mignolo		12%
Una falange del pollice		9%
Una falange di altro dito della mano		1/3 del dito
Un piede		40%
Entrambi i piedi		100%
Un alluce		5%
Un altro dito del piede		1%
Una falange dell'alluce		2,5%
Un arto inferiore al disopra del ginocchio		60%
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile		2%
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio		50%
Un occhio		25%
Entrambi gli occhi		100%
Un rene		15%
Sordità completa di un orecchio		10%
Sordità completa di entrambi gli orecchi		40%
Perdita totale della voce		30%
Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	una vertebra cervicale	12%
	una vertebra dorsale	5%
	12° dorsale	10%
	una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo.		2%
Esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile		3%
Instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore		9%
Rottura sottocutanea di un tendine del bicipite branchiale		5%
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo		9%
Rottura sottocutanea del tendine di Achille		4%

Art. 6.5 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dalla Tabella Inail, se operante.

TABELLA DI INDENNIZZO

Grado di Invalidità Accertato	Invalidità Permanente - Franchigia 3% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Invalidità Permanente - Franchigia 5% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Invalidità Permanente - Franchigia 10% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5
16	13	11	6
17	14	12	7
18	15	13	8
19	16	14	9
20	17	15	10
21	18	16	11
22	19	17	12
23	20	18	13
24	21	19	14
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39

Grado di Invalidità Accertato	Invalidità Permanente - Franchigia 3% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Invalidità Permanente - Franchigia 5% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Invalidità Permanente - Franchigia 10% - Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
Da 65 a 100	100	100	100

Art. 6.6 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti
La Società corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o Difetto fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art 6.7 - Ernie traumatiche o da Sforzo
L'Invalidità Permanente conseguente a ernia traumatica o da Sforzo verrà indennizzata con le seguenti modalità:

- se l'ernia, secondo parere medico, risulta operabile, e la stessa non abbia residuato una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad 1/100 della Somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per un durata pari al periodo di Ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale indennità è cumulabile con le altre indennità previste dal contratto;

- se l'ernia, secondo parere medico, risulta non operabile, la Società corrisponde un Indennizzo in base al grado di Invalidità Permanente eventualmente residuato, valutabile in ogni caso in misura non superiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale.

In caso di contestazioni circa l'operabilità e la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 6.15 Arbitrato.

Art. 6.8 - Eventi naturali catastrofici

Limitatamente agli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni, l'Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dalla Tabella INAIL, se operante, verrà liquidata secondo le modalità di seguito riportate:

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	5
16	6
17	7
18	8
19	9
20	10
21	11
22	12
23	13
24	14
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
Da 65 a 100	100

Art. 6.9 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Rimborso Spese Mediche da Infortunio e Indennità da Infortunio

La Società rimborsa all'Assicurato le spese mediche sostenute per ciascun Infortunio, nel limite della Somma assicurata indicata in Polizza.

Sono ammesse a Rimborso le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'Infortunio, salvo per le protesi dentarie di cui all'art 3.4.1 Rimborso Spese Mediche lettera h), se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un Anno.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna alla Società della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte.

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Per prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate al netto degli eventuali scoperti, quando previsti.

Per le spese sostenute all'estero il Rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.
Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di Rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale Rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'Art 3.4.1 Rimborso Spese Mediche al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.
Per l'Indennizzo delle prestazioni relative alle garanzie Indennità da Infortunio valgono le norme previste agli Artt. 3.4.2 Indennità da Ricovero, 3.4.3 Indennità da Ricovero e Convalescenza, 3.4.4 Indennità da Immobilizzazione e 3.4.9 Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri.

Art. 6.10 – Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso
La Società corrisponde l'Indennizzo forfettario previsto previa ricezione di idonea documentazione medica rilasciata dalla competente autorità medico-ospedaliera, attestante lo Stato Comatoso insorto successivamente all'Infortunio.
L' Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato, ove possibile, o, in caso contrario, ai beneficiari designati o, in loro mancanza, al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o, in assenza dei soggetti sopra indicati, agli ascendenti, in parti uguali fra loro.
L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo, rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 6.11 – Criteri di Indennizzo della Invalidità Permanente da danno estetico
Ai fini del calcolo dell'Indennizzo, la valutazione percentuale dei danni estetici permanenti verrà effettuata sulla base della tabella e dei criteri sotto indicati:

Danni estetici riportati		% di Invalidità Permanente
gravissima deformazione del viso		40%
scotennamento completo		15%
perdita di tutto il naso		30%
perdita di un padiglione auricolare		11%
perdita di un labbro		15%
perdita di un emilabbro		10%
perdita di ambedue le labbra		25%
perdita di un occhio senza la possibilità di protesi estetica		10%
perdita della mandibola		30%
Paralisi totale del nervo facciale:	a) monolaterale	12%
	b) bilaterale	25%
Esiti cicatriziali al volto:	a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione, per ogni 4 centimetri	3%
	b) cicatrice a superficie estesa visibile a distanza di conversazione, per ogni cmq.	1%
Esiti cicatriziali al collo, al tronco ed agli arti: cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione	fino a 20 cmq.	da 0% a 5%
	da 20 cmq. a 50 cmq.	da 5% a 10%
	oltre 50 cmq.	da 10% a 15%
perdita completa di una mammella		15%
perdita di entrambe le mammelle		25%

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molli e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".
Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'Indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione.
La Società non corrisponde alcun Indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado inferiore o uguale al 5%; se, invece, essi risultano di grado superiore a tale percentuale, l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente.
Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquida l'Indennizzo senza applicazione di Franchigia.
In ogni caso la percentuale della Invalidità Permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'Infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

Art. 6.12 – Criteri di Indennizzo per HIV ed EPATITE
Nel caso in cui l'Assicurato ritenga di essere stato contagiato dal virus HIV o da virus EPATITICO, deve darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.
È fatto altresì obbligo di inviare alla Società, a mezzo raccomandata, una descrizione dettagliata dell'evento dannoso certificata dall'ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'Assicurato svolge la sua attività.
A tal fine viene stabilito che:

- L'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test (HIV o EPATITE) presso un centro specializzato entro 10 giorni dall'evento, ottenendo la certificazione dell'esito;
- qualora dal test risulti che l'Assicurato sia sieropositivo, non sarà dovuto alcun Indennizzo, l'Assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il Premio complessivo di Polizza sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva alla data dell'accertamento;
- se il primo test fornirà un risultato negativo, l'Assicurato, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro;
- se il secondo test confermerà il risultato negativo del primo, La Società comunicherà all'Assicurato che non si procederà ad alcun Indennizzo a tale titolo;
- se invece da tale secondo test l'Assicurato risulti sieropositivo, lo stesso dovrà consegnare tempestivamente alla Società la certificazione sia del primo test (negativo) che del secondo test effettuati dal medesimo, e se da questo risulterà che l'Assicurato abbia contratto un virus HIV o un virus EPATITICO, la Società liquiderà un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base ai criteri riportati nel presente articolo.

Tutte le spese mediche relative al test (HIV o EPATITE) restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di Sinistro indennizzabile a termini contrattuali anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.
Inoltre resta inteso che l'Assicurato dovrà:

- sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- sottoporsi ai test immunologici ed essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa;
- sottoscrivere, al momento della denuncia del Sinistro, il "consenso al trattamento dei dati personali di natura sanitaria per finalità assicurativo/liquidativa" avendo ricevuta dalla Compagnia l'informativa resa.

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 6.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, Norme per la Sezione Infortuni, in caso di Invalidità Permanente derivante da eventi previsti dalla predetta estensione di garanzia non si farà luogo a Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 25%; se invece risulterà superiore al 25%, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente secondo le modalità previste dalla seguente tabella.

Grado % di Invalidità Permanente accertata	Indennizzo da liquidare
Inferiore al 25%	0
dal 25% fino al 34%	15%
oltre il 34% fino al 44%	30%
oltre il 44% fino al 54%	45%
oltre il 54% fino al 64%	60%
oltre il 64% fino al 74%	70%
superiore al 74%	100%

La valutazione definitiva del grado di Invalidità Permanente viene effettuata dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data in cui viene diagnosticata la malattia.

Art. 6.13 - Anticipo Indennizzo

a) Per Invalidità Permanente
Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 50.000,00 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:
1) non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
2) risulti prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Invalidità Permanente pari o superiore al 15%.

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che danno diritto all'anticipo, salvo sempre il diritto della Società alla restituzione in seguito all'emergere di fatti che comportino l'inoperatività anche parziale della garanzia.

b) Per Indennità da Ricovero o da Ricovero e Convalescenza
In caso di Infortunio che comporti un Ricovero di durata di almeno 60 giorni senza soluzione di continuità, certificato da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a 30 giorni a titolo di anticipazione dell' Indennizzo dovuto.
Il pagamento dell'acconto non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità pattuite, pertanto nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 6.14 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per gli Indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 6.15 - Arbitrato

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.
Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.
Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.
In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.
I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti; questa perizia collegiale è valida anche se uno dei medici non la sottoscrive.

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

NORME PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Art. 6.16 – Modalità per richiedere le prestazioni di tutela legale

La gestione dei Sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:
ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.
Principali riferimenti:
Telefono centralino: 045.8290411,
fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557
mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,
fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449.
La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela Legale, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Art. 6.17 – Libera scelta del legale

L'Assicurato, ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto:

a) presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia;
b) presso il foro del proprio luogo di residenza o della sede legale del Contraente/Assicurato indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del Sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale.
L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o con ARAG.

Art. 6.18 – Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 6.19 – Gestione del Sinistro

Ricevuta la denuncia del Sinistro, ARAG, attraverso il legale scelto liberamente dall'Assicurato o il legale scelto dalla stessa, si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo ed in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. 6.17 Libera scelta del legale.
La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.
L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna Transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG, pena il mancato rimborso delle spese sostenute.
L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e di periti viene concordata con ARAG.
La Società e ARAG non sono responsabili dell'operato di legali, consulenti tecnici e periti.
In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, salvo il caso di esito totalmente favorevole all'Assicurato.
In caso di esito negativo dell'arbitrato, l'Assicurato potrà egualmente procedere autonomamente ed a proprio rischio nella trattazione della controversia, dandone avviso alla Società o ad ARAG, con facoltà di ottenere la ripetizione delle spese sostenute se non ripetute dalla controparte, qualora il risultato conseguito sia più favorevole di quello precedentemente prospettato dalla Società o ARAG.

Art. 6.20 – Coesistenza con copertura assicurativa per Danni ai terzi
In caso di coesistenza di una copertura assicurativa per Danni ai terzi (Responsabilità Civile) la garanzia opera ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che - ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile - è dovuto dalla copertura di Responsabilità Civile per spese di resistenza e soccombenza.

Art. 6.21 – Recupero di somme
Spettano integralmente all'Assicurato i Risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.
Spettano, invece, ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate in via transattiva e/o stragiudiziale.

NORME PER LA SEZIONE VOLONTARI

Art. 6.22 – Norme specifiche
Relativamente alla denuncia, gestione e liquidazione dei Sinistri per le garanzie costituenti la Sezione Volontari è applicata la medesima disciplina (comune o specifica di Sezione) contenuta nel presente capitolo Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri. Per l'Indennizzo delle prestazioni relative alla garanzia Indennità da Ricovero da Malattia di cui all'Art. 5.3.1 Garanzia base, valgono le norme ivi previste.

Testo articoli del Codice Civile, del Codice della Navigazione, del Codice Penale, del Codice di Procedura Penale e del Codice di Procedura Civile richiamati in Polizza.

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente [c.c. 49] il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia.
In nessun caso la sentenza può essere pronunziata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente.
Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la Morte presunta nei casi seguenti:

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell' anno in cui sono cessate le ostilità;
2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell' anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
3) quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

Art. 62 – Condizione e forme della dichiarazione di Morte presunta

La dichiarazione di Morte presunta nei casi indicati dall' articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di Morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell' articolo 50.
Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l' istanza di dichiarazione di Morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

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 sospenderne 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. 1784 – Responsabilità per le cose consegnate e obblighi dell'albergatore
La responsabilità dell'albergatore è illimitata:
1) quando le cose gli sono state consegnate in custodia;
2) quando ha rifiutato di ricevere in custodia cose che aveva l'obbligo di accettare.
L'albergatore ha l'obbligo di accettare le carte-valori, il danaro contante e gli oggetti di valore; egli può rifiutarsi di riceverli soltanto se si tratti di oggetti pericolosi (5) o che, tenuto conto dell'importanza e delle condizioni di gestione dell'albergo, abbiano valore eccessivo o natura ingombrante.
L'albergatore può esigere che la cosa consegnatagli sia contenuta in un involucro chiuso o sigillato.

Art. 1882 Nozione
L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Art. 1888 Prova del contratto
Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.
L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.
L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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. 1897 – Diminuzione del rischio
Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

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 quindici 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 l'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 dal 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 risoluto 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 è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 – Terremoto, Guerra, Insurrezione, Tumulti popolari
Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

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. 1914 - Obbligo di salvataggio
L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.
Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la Somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.
L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.
L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.
L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 – Inadempimento dell' obbligo di avviso o di salvataggio
L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

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. 2049 Responsabilità dei padroni e dei committenti
I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

Art. 2359 Società controllate e società collegate
Sono considerate società controllate:
1) le società in cui un'altra società dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria;
2) le società in cui un'altra società dispone di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria;
3) le società che sono sotto influenza dominante di un'altra società in virtù di particolari vincoli contrattuali con essa.

Ai fini dell'applicazione dei numeri 1) e 2) del primo comma si computano anche i voti spettanti a società controllate, a società fiduciarie e a persona interposta: non si computano i voti spettanti per conto di terzi.
Sono considerate collegate le società sulle quali un'altra società esercita un'influenza notevole. L'influenza si presume quando nell'assemblea ordinaria può essere esercitato almeno un quinto dei voti ovvero un decimo se la società ha azioni quotate in mercati regolamentati.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione

sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 – Conseguenze della scomparizione in mare
Nei casi di scomparizione da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'articolo 145 dell' ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparizione per naufragio, nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l' autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparizione da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparizione sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorsi due anni dall' avvenimento, viene dichiarata la Morte presunta a norma dell' articolo 60 n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Art. 838 - Conseguenze della scomparizione
Le conseguenze della scomparizione da bordo o per perdita dell'aeromobile sono regolate dagli articoli 211 e 212. Le competenze dell'autorità marittima sono attribuite all'autorità di pubblica sicurezza.

CODICE PENALE

Art. 583 Circostanze aggravanti
La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:
1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:
1) una malattia certamente o probabilmente insanabile;
2) la perdita di un senso;
3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.

Art. 589 Omicidio colposo
Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.
Se il fatto è commesso con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sette anni.
Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni quindici.

Art. 590 Lesioni personali colpose
Chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309.
Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è

gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239.
Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da euro 500 a euro 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni.
Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque.
Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale.

CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 530 Sentenza di assoluzione

1. Se il fatto non sussiste, se l'imputato non lo ha commesso, se il fatto non costituisce reato o non è previsto dalla legge come reato ovvero se il reato è stato commesso da persona non imputabile o non punibile per un'altra ragione, il giudice pronuncia sentenza di assoluzione indicandone la causa nel dispositivo.
2. Il giudice pronuncia sentenza di assoluzione anche quando manca, è insufficiente o è contraddittoria la prova che il fatto sussiste, che l'imputato lo ha commesso, che il fatto costituisce reato o che il reato è stato commesso da persona imputabile.
3. Se vi è la prova che il fatto è stato commesso in presenza di una causa di giustificazione o di una causa personale di non punibilità ovvero vi è dubbio sull'esistenza delle stesse, il giudice pronuncia sentenza di assoluzione a norma del comma 1.
4. Con la sentenza di assoluzione il giudice applica, nei casi previsti dalla legge, le misure di sicurezza.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 726 – Domanda per la dichiarazione di morte presunta

La domanda per la dichiarazione di morte presunta si propone con ricorso, nel quale debbono essere indicati il nome, cognome e domicilio dei presunti successori legittimi dello scomparso e, se esistono, del suo procuratore o rappresentante legale e di tutte le altre persone, che, a notizia del ricorrente, perderebbero diritti o sarebbero gravate da obbligazioni per effetto della morte dello scomparso.

Art. 727 – Pubblicazione della domanda

Il Presidente del tribunale nomina un giudice a norma dell'articolo 723 e ordina che a cura del ricorrente la domanda, entro il termine che egli stesso fissa, sia inserita per estratto, due volte consecutive a distanza di dieci giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e in due giornali, con invito a chiunque abbia notizie dello scomparso di farle pervenire al tribunale entro sei mesi dall'ultima pubblicazione. Se tutte le inserzioni non vengano eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata. Il Presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente,
ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti[1] ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali[2], ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).
In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo[3], sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza[4]. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.
Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI.

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto[5].

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol[6] a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (ii) e (iv).

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[7] (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna[8].

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 7). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

NOTE

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alle persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi

specifici, ove strettamente necessario per finalità e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
5) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

Modello SI / 07400 / 004 / 00000 / C – Ed. 15 / 01 / 2019