Assicurazione: Infortuni e Malattia
DIP - Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Liberty Mutual Insurance Europe S.E.

Liberty Mutual Insurance Europe SE ha sede legale in 5-7 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Grand Duchy of Luxembourg. e sede secondaria in via Fabio Filzi 29, Milano 20124, Italia. Essa opera in Italia in regime di stabilimento ed è iscritta all'Elenco II (in appendice all'Albo presso l'Ivass) delle imprese che operano in Italia in regime di stabilimento sub n. I.00162.
Liberty Mutual Insurance Europe SE (LMIE), società del gruppo Liberty Mutual Insurance Group è operante con il nome commerciale di Liberty Specialty Markets.

Prodotto: "Protezione Classic"

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

Che tipo di assicurazione è?
La polizza assicura il rischio di morte, morte presunta o invalidità permanente di un soggetto assicurato a seguito di infortunio occorso nello svolgimento delle attività assicurate, purché tali eventi si verifichino entro due anni dalla data dell'infortunio stesso.

Che cosa è assicurato?

✓ Infortuni
✓ Morte da infortunio
Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, viene indennizzata ai beneficiari la somma assicurata per tale garanzia.
✓ Invalidità Permanente da Infortunio
Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente, viene liquidata, in forma di capitale, un'indennità calcolata in base alla percentuale di invalidità accertata ed alla somma assicurata.
✓ Inabilità Temporanea da Infortunio (opzionale)
Viene liquidata un'indennità per ogni giorno di Inabilità Temporanea dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni dichiarate,
✓ Indennità giornaliera in caso di ricovero (opzionale)
Se in conseguenza di un infortunio l'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura, viene liquidata una indennità per ogni giorno di ricovero. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.
✓ Indennità giornaliera in caso di ingessatura (opzionale)
Se in conseguenza di un infortunio viene applicato all'Assicurato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, viene liquidata una indennità giornaliera fino alla rimozione di suddetti mezzi.
✓ Indennità giornaliera in caso di convalescenza a seguito di ricovero (opzionale)
Viene liquidata una indennità per ogni giorno di convalescenza, in conseguenza di un ricovero come definito nella precedente garanzia, e prescritta all'Assicurato dal medico che lo ha seguito durante il ricovero stesso
✓ Rimborso spese Mediche da Infortunio (opzionale)
Vengono rimborsate all'Assicurato alcune spese mediche sostenute a seguito di infortunio, sino alla concorrenza del massimale.
✓ Invalidità Permanente da Malattia (opzionale)
Viene liquidata una indennità in caso di malattia, manifestatasi durante il periodo di validità del contratto, e che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente accertata entro e non oltre due anni dalla data della denuncia.

Che cosa non è assicurato?

✗ Le garanzie non acquistate;
✗ Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato (art.1917 del Codice Civile).
✗ Danni o esborsi derivanti da: guerra, invasioni, guerra civile, sommosse, ribellioni, insurrezioni, rovesciamento di governi, tumulti civili, esplosioni di armi da guerra, utilizzazione di armi nucleari, chimiche, biologiche, attività terroristica, omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'assicurato, atti preparati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata.
✗ Sono altresì esclusi i danni o gli esborsi causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui sopra, nonché le contaminazioni nucleari.
✗ Non sono assicurabili: le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, HIV o affette da infermità mentale (es: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi).
✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni per le garanzie infortuni
✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 64 anni per la garanzia invalidità permanente conseguente a malattia.
✗ Ogni perdita, danno, costo o spesa di qualsiasi genere cagionato direttamente o indirettamente o derivante da o connesso con l'uso o la minaccia dell'uso doloso di materiale patogeno o tossico sia chimico che biologico
✗ Le conseguenze che non sono dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
✗ La copertura assicurativa ed il pagamento di un relativo sinistro qualora la fornitura di tali prestazioni esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti

Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative, sia di base che opzionali, offerte dal contratto posso essere applicati franchigie, scoperti, massimali e sottolimiti specifici indicati nella Scheda Tecnica e/o nelle condizioni di assicurazione, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Con riferimento alle garanzie Infortuni sono esclusi quelli derivanti da:
! suicidio, tentato suicidio o autolesioni intenzionali;
! uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritti
! guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia abilitato;
! partecipazione a competizioni sportive professionali, corse o gare,
! pratica e/o partecipazione a qualunque titolo ad attività sportive e/o ricreative temerarie
! ogni forma di malattia; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione.
Non sono in alcun caso equiparabili ad Infortunio:
! gli infarti;
! le infezioni e/o malattie infettive di qualsiasi natura e da qualunque agente patogeno generate
! le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.

Con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente conseguente a Malattia sono escluse quelle derivanti, da:
! malattie dell'Assicurato manifestatesi precedentemente alla stipulazione della presente polizza;
! intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso, a scopo non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici;
! dolo dell'Assicurato.

Dove vale la copertura?

La copertura vale per il mondo intero. L'estensione Guerra e Terrorismo non vale per i paesi indicati in polizza.

Che obblighi ho?

Alla sottoscrizione del contratto l'Assicurato e/o il Contraente ha l'obbligo di fornire agli Assicuratori informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Nel corso del contratto l'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione o aggravamento del rischio.

Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato alla data di decorrenza della copertura assicurativa 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, se accordato, può essere frazionato in rate semestrali.
Se previsto, il premio di regolazione verrà corrisposto alle scadenze stabilite.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno concordato ed indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro le scadenze stabilite, altrimenti dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio. Se l'Assicurato/Contraente non paga i premi o le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quella della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno di pagamento**.**
La polizza ha durata di 12 mesi e, salvo disdetta, si rinnova automaticamente per ulteriori 12 mesi.
L'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale per le persone che raggiungono il 75° anno di età in corso di contratto ed automaticamente per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, HIV o da infermità mentale a seguito di diagnosi in corso di contratto.
Il contratto cessa in ogni caso, alla sua normale scadenza, e non verrà tacitamente rinnovato nei seguenti casi:
- nel caso in cui venissero notificati dall'assicurato sinistri avvenuti durante il periodo dell'assicurazione;
- vi siano variazioni alle informazioni contenute nel questionario utilizzato in fase assuntiva;
- la garanzia Invalidità Permanente da Malattia sia attiva.

Come posso disdire la polizza?

Le parti possono disdire la polizza con lettera raccomandata A.R. da inviare con preavviso di almeno 30 giorni prima della data di scadenza annuale, così impedendone il tacito rinnovo.
Le parti possono recedere dal contratto dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dando un preavviso di 30 giorni.

Assicurazione: Infortuni e Malattia
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE SE

Prodotto: "Protezione Classic"

Data di ultimo aggiornamento: 01.06.2020. Questo DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Liberty Mutual Insurance Europe SE ha sede legale in 5-7 rue Léon Laval, L-3372 Leudelange, Grand Duchy of Luxembourg. In Italia Liberty Mutual Insurance Europe SE ha sede secondaria in via Fabio Filzi 29, 20124 Milano.
Il sito internet, il recapito telefonico, fax e l'indirizzo mail sono rispettivamente:
http://www.liueurope.com; Tel: +39 02 2627 081; Fax: 0226260935; libertyitalia@legalmail.it.

Liberty Mutual Insurance Europe SE opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi della direttiva 92/49/ECC e successive modificazioni, nonché ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 1, lett. f ed art. 23 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 209/2005 e successive modificazioni) ed è iscritta all'Elenco II (in appendice all'Albo presso l'Ivass) delle imprese che operano in Italia in regime di stabilimento sub n. I.00162.

Liberty Mutual Insurance Europe SE è sottoposta al controllo dell'autorità di vigilanza dello Stato di Origine (Gran Ducato di Lussemburgo): Commissariat aux Assurances, con sede in 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg

Liberty Specialty Markets è la denominazione commerciale di Liberty Mutual Insurance Europe SE.

Al 31 Dicembre 2019, l'ammontare del capitale netto di Liberty Mutual Insurance Europe SE è di $1.456.259.000 di cui $ 290.269.000 di capitale sociale ed $ 1.165.990.000 di riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione dei danni di Liberty Mutual Insurance Europe SE (che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) è pari a 117%. La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si può consultare collegandosi al link www.liueurope.com

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni riportate nel DIP Danni, si precisa che l'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nello svolgimento:

- delle attività professionali principali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dall' Assicuratore prima, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

La polizza comprende tra gli infortuni assicurati, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

a) le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale (fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa"), a condizione che l'**Assicurato** non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici salvo quanto esplicitamente escluso;
d) gli infortuni che l'**Assicurato** subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nell'Oggetto dell'Assicurazione;
e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, unicamente conseguenti a ferite e/o traumi riportati a seguito di infortuni risarcibili a termini di polizza;
j) l'annegamento;
k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
p) gli infortuni subiti dall'**Assicurato** derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del **Contraente/Assicurato**;
q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
r) arenamento, naufragio, atterraggio forzato;
s) gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa";
t) gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport eccettuati quelli specificatamente esclusi.

Si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, con l'intesa che:

a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita oltre;
b) se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una Invalidità Permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di Invalidità Permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Garanzia Infortuni	**Limitazione delle garanzie ai soli rischi professionali** L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità. L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa **Limitazione delle garanzie ai soli rischi extra professionali** L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale**.**
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Garanzia Infortuni	**Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore** l'Assicurazione si intende estesa a lesioni corporee direttamente o indirettamente causate, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato: 1. Guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no); 2. Invasioni; 3. Atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano; 4. Guerra civile; 5. Sommosse; 6. Ribellioni; 7. Insurrezioni; 8. Rivoluzioni; 9. Rovesciamento di governi legalmente costituiti; 10. Tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una sommossa e rivolta; 11. Colpi di stato militari o usurpazioni di potere; 12. Esplosioni di armi da guerra; 13. Omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti ad uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra; 14. Attività terroristica fermo restando che, a) i soggetti Assicurati non partecipino attivamente ad alcuno degli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14) e b) che nessuno dei punti sopra elencati da (1) a (14) siano la conseguenza dell'utilizzazione di armi nucleari, chimiche e biologiche a distruzione di massa in qualsiasi forma esse siano utilizzate e/o combinate tra loro e c) che la presente estensione non copre danni conseguenti a stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti paesi Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni applicative condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i paesi sopra elencati o loro forze armate. Fermo restando quanto sopra indicato, l'Assicuratore si riservano il diritto di concedere all'Assicurato un preavviso di 168 ore per la notifica dell'annullamento dell'inclusione di uno o tutti i rischi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (14). Tale notifica sarà ritenuta debitamente ricevuta da parte dell'Assicurato all'ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dall'intermediario che avrà negoziato la polizza direttamente con l'Assicuratore. Questa opzione si intende estesa al mondo intero ad esclusione dei paesi indicati nella lista allegata alla polizza.

Che cosa NON è assicurato?

A maggior precisazione delle informazioni fornite nel DIP Danni sono esclusi gli infortuni:

- derivanti da suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- derivanti da uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- derivanti da guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- derivanti da partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- derivanti da pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- derivanti da partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implichino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- derivanti da ogni forma di malattia non esplicitamente inclusa; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione;
- derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, bob sledging e lo sci-joring nonché utilizzo di luge, bob, skeletons o slitta trainata da cani;
- derivanti e/o riconducibili a patologie e/o condizioni preesistenti alla decorrenza contrattuale;
- derivanti e/o riconducibili ad attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
- direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione a guerra, terrorismo e stragi di massa, contaminazione nucleare.

Non sono in alcun caso equiparabili ad Infortunio:

- gli infarti;
- le infezioni e/o malattie infettive di qualsiasi natura e da qualunque agente patogeno generate ad eccezione di quelle esplicitamente richiamate nell'oggetto dell'assicurazione.
- le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, sono escluse dall'Assicurazione quelle derivanti, direttamente od indirettamente, da:

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

Ci sono limiti di copertura?

È prevista l'applicazione di franchigie, scoperti, massimali e sottolimiti specifici pattuiti con il Contraente/Assicurato. Tali franchigie, scoperti, massimali e sottolimiti vengono indicati nella Scheda Tecnica e/o nelle condizioni di assicurazione.

INFORTUNI E MALATTIA

Ad integrazione delle informazioni fornite nel DIP Danni si precisa che:

! nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico dell'Assicuratore non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00 (Euro dieci milioni).
Tale limite si intende applicato anche per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo, velivolo e/od elicottero al momento del sinistro
Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

! si precisa inoltre che le franchigie, scoperti, massimali e sottolimiti non previsti nelle condizioni di assicurazione possono variare in base alle richieste ed esigenze degli assicurati ed essere indicati nella Scheda Tecnica.

! relativamente alla garanzia opzionale rimborso spese mediche da infortunio si intendono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Garanzia Base	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia
Morte da Infortunio	fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella SCHEDA TECNICA	N/A
Invalidità Permanente da Infortunio	fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella SCHEDA TECNICA	• 3% per somme assicurate sino ad Euro 517.000,00; la franchigia si azzera per invalidità permanente uguale o superiore al 10%; • 5% per somme assicurate eccedenti Euro 517.000,00 e sino ad Euro 775.000,00; • 10% per somme assicurate eccedenti Euro 775.000,00 e sino ad Euro 1.292.000,00; • 15% per somme assicurate eccedenti Euro 1.292.000,00 e sino ad Euro 1.650.000,00; • 20% per somme assicurate eccedenti Euro 1.650.000,00 e sino ad Euro 2.000.000,00. Qualora, in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti una Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la somma assicurata per il caso Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

Garanzie Opzionali operanti se richiamate	Limite di indennizzo	Scoperto e/o franchigia	
Inabilità Temporanea da Infortunio	Per un massimo di 365 giorni fino a concorrenza dell'importo indicato nella SCHEDA TECNICA e con un limite del 50% dell'indennità prevista, nel caso in cui l'Assicurato ha potuto attendere parzialmente alle sue occupazioni.	Come indicato sulla SCHEDA TECNICA Se viene richiesto per il medesimo infortunio anche l'indennizzo di cui alla garanzia Invalidità permanente, la franchigia, qualora inferiore, è elevata a 21 giorni.	
Indennità giornaliera in caso di ricovero da infortunio	fino a concorrenza dell'importo indicato nella SCHEDA TECNICA per un massimo di 180 giorni ad evento	Come indicato sulla SCHEDA TECNICA	
Indennità giornaliera in caso di ingessatura	fino a concorrenza dell'importo indicato nella SCHEDA TECNICA per un massimo di 90 giorni ad evento	Come indicato sulla SCHEDA TECNICA	
Indennità giornaliera in caso di convalescenza a seguito di ricovero	fino a concorrenza dell'importo indicato nella SCHEDA TECNICA per un massimo di 60 giorni ad evento	Come indicato sulla SCHEDA TECNICA	
Rimborso Spese mediche da infortunio	fino a concorrenza del massimale indicato nella SCHEDA TECNICA	€ 155,00 per ogni singolo evento	
Garanzia di Invalidità Permanente conseguente a Malattia	fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella SCHEDA TECNICA	Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 24% della totale	
Estensione Guerra e Terrorismo con Clausola di Recesso entro le 168 ore	fino a concorrenza della somma assicurata indicata nella SCHEDA TECNICA	Come indicato sulla SCHEDA TECNICA	

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Ai sensi dell'art. 1913 C.C. la denuncia dell'Infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'Assicuratore entro trenta giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Per presentare denuncia di Sinistro il Contraente e/o l'Assicurato dovranno trasmettere la necessaria documentazione all'Intermediario o direttamente all'Assicuratore ai seguenti recapiti: Via Fabio Filzi 29, Milano (MI), 20124 Fax +39 02 2626 0935 sinistri.lsm@legalmail.it Avvenuto l'Infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e

	seguirne le prescrizioni. Il decorso delle lesioni subite dovrà essere documentato da certificazione medica dalla denuncia alla guarigione clinica. Quando l'Infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso all'Assicuratore. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato se non espressamente comprese nell'Assicurazione o relative a medici designati dall'Assicuratore.
	Assistenza diretta / in convenzione: La polizza non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: La polizza non prevede la gestione dei sinistri fornita da altre imprese.
	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	L'Assicuratore determina il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte dall'Assicuratore. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga, rinnovo o appendice
Obblighi dell'impresa	Ricevuta la necessaria documentazione, e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di ricezione dell'atto di liquidazione del danno debitamente firmato e corredato dei documenti richiesti.

Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle nel DIP danni
Rimborso	In caso di recesso esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	L'Assicuratore può recedere con preavviso di 168 ore dalla copertura relativa all'estensione Garanzia Guerra e Terrorismo.
Sospensione	Il contratto può incorrere nella sospensione della garanzia nei seguenti casi: in caso di mancato o ritardato pagamento del premio (così come normato dall'articolo "Decorrenza e durata dell'Assicurazione").

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle nel DIP danni

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fisiche di età inferiore a 75 anni interessate a tutelare loro stesse ed i propri famigliari in caso di morte ed invalidità permanente da infortunio. È possibile inoltre estendere la tutale ai casi di inabilità temporanea da infortunio, indennità giornaliera in caso di ricovero, ingessatura, convalescenza a seguito di infortunio (ad esclusione di lavoratori dipendenti, studenti, casalinghe, pensionati), rimborso spese mediche da infortunio, invalidità permanente conseguente a malattia (solo per persone fisiche di età inferiore ai 65 anni).

Il prodotto è adatto anche a persone giuridiche che vogliono tutelare i propri collaboratori dai rischi sopra descritti.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari può variare in funzione del canale di distribuzione. Per questa tipologia di prodotti gli intermediari percepiscono una commissione media pari orientativamente al 25%.

Compensi: il totale da pagare può essere comprensivo dell'eventuale compenso concordato con l'Intermediario per l'attività di consulenza e assistenza prestata, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. L'importo del compenso è riconosciuto ad ogni ricorrenza annuale della polizza e non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Liberty Specialty Markets prende seriamente in considerazione ogni reclamo. Il nostro obiettivo è di gestire efficientemente e correttamente tutti i reclami in modo idoneo e trasparente garantendo che ogni questione sollevata sia scrupolosamente esaminata e, dove possibile, risolta in modo soddisfacente. Per eventuali richieste di informazioni o eventuali dubbi riguardanti la sua polizza o la gestione dei sinistri la preghiamo di contattare in primo luogo il suo intermediario assicurativo. In ogni caso qualora volesse inoltrare un reclamo, in qualsiasi momento sia per iscritto che verbalmente potrà utilizzare i dettagli riportati qui di seguito: Liberty Mutual Insurance Europe SE Indirizzo : Via Fabio Filzi 29 20124 Milano Italy Tel: 0039 02 2627 081 Fax: 0039 02 2626 0935 Email: complaints.lsmitaly@libertyglobalgroup.com Il suo reclamo verrà riscontrato tempestivamente per iscritto da parte di LMIE, ed un riscontro formale circa l'esito del reclamo Le verrà fornito entro 45 giorni dalla effettiva data di ricezione da parte di LMIE. La preghiamo di indicare il numero della Sua polizza e/o il numero di sinistro in ogni corrispondenza.
All'IVASS	In caso di insoddisfazione con riferimento alla decisione finale, ovvero in caso di mancata ricezione di una decisione in merito entro quarantacinque (45) di calendario dal presentazione del reclamo, l'assicurato avrà il diritto di presentare il proprio reclamo all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ai seguenti recapiti: IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni via del Quirinale 21 - 00187 Roma Tel. 800 486661 (chiamate dall'Italia) Tel..: +39 06 42021 095 (chiamate dall'estero) Fax: +39 06 42133 206 E-mail: ivass@pec.ivass.it Il sito IVASS www.ivass.it fornisce ulteriori informazioni sulle modalità di presentazione del reclamo, oltre a mettere a disposizione l'apposito modulo disposto a tale scopo.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori).	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternative di risoluzione delle controversie	**Arbitrato** In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone e sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti hanno la facoltà di conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o al luogo di

	residenza dell'Assicuratore che gestisce la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere, i reclami presentati all'IVASS possono essere indirizzati direttamente al sistema di risoluzione delle controversie all'estero, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o l'applicazione della normativa applicabile.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, OVE PREVISTO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA.

EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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.

INDICE

GLOSSARIO 1
NORME COMUNI DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE. 2
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 5
PRESTAZIONI ASSICURATE PARTICOLARI 6
DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE 11
FRANCHIGIE E MASSIMALI 13
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO 14

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (6.2.2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzia ed oneri a carico del contraente/assicurato, contenute nelle presenti condizioni di Assicurazione, sono riportate in grassetto.

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nelle condizioni di assicurazione e il significato loro attribuito dall'Assicuratore (le definizioni relative a termini espressi al singolare valgono, con significato al plurale, anche per i medesimi termini espressi al plurale)

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione;
Assicuratore	Liberty Mutual Insurance Europe SE;
Assicurazione	il contratto di assicurazione;
Beneficiario	le persone fisiche indicate all'art. 11 BENEFICIARI cui deve essere pagata la somma assicurata;
Contraente	il soggetto che stipula l'Assicurazione;
Day Hospital	la degenza senza pernottamento presso un Istituto di Cura;
Franchigia	l'importo in cifra fissa a carico dell'Assicurato da dedurre dall'ammontare del danno indennizzabile;
Inabilità Temporanea	la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di attendere alle sue occupazioni;
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza uno degli eventi garantiti in polizza;
Ingessatura	mezzo di contenzione costituito da: fasce, docce o altri apparecchi, confezionati con gesso da modellare; contenzione con fasce rigide od altri apparecchi ortopedici immobilizzanti rimovibili unicamente da personale medico – paramedico o, comunque, solo alla fine della cura;
Intermediario	il soggetto indicato nella Scheda Tecnica incaricato dal Contraente/Assicurato e approvato dall'Assicuratore che agisce per la gestione del contratto;

Istituto di cura	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità alla erogazione dell'assistenza ospedaliera anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
Invalidità Permanente	diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata;
Modulo di Polizza	Il documento facente parte del contratto di assicurazione dove sono indicate alcune informazioni relative a, ad esempio, denominazione del Contraente, decorrenza dell'Assicurazione e importo del premio;
Polizza	I documenti che provano il contratto di assicurazione;
Premio	la somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore;
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Scheda Tecnica	la scheda facente parte del contratto di assicurazione, dove sono indicati le informazioni principali della copertura assicurativa (ad esempio: nome, cognome e data di nascita dell'Assicurato/i, garanzie prestate, somme assicurate, limiti di indennizzo e franchigie particolari operanti);
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione;
Ricovero	la degenza con pernottamento presso un Istituto di Cura.

NORME COMUNI DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

(Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge italiana)

ART. 1 - DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro le scadenze stabilite, altrimenti decorrerà dalle ore 24 del giorno del pagamento.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 C.C., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente/Assicurato paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti.
Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate, come specificato nel Modulo di Polizza.
In mancanza di disdetta di una delle parti, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata tacitamente per un anno e così successivamente.

ART. 2 - DICHIARAZIONI DELLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO. DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO NEL CORSO DEL CONTRATTO

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/ Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.
Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni diminuzione del rischio. L'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e ivi rinuncia al diritto di recesso previsto dalla legge.
Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore anche di ogni circostanza di aggravamento del rischio ai sensi dell'art. 1898 C.C.; l'Assicuratore avrà il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dall'Assicurazione, dandone comunicazione con preavviso di almeno 30 giorni.
Salvo il caso di buona fede del Contraente/Assicurato, gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.

ART. 3 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro, denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o l'Assicuratore possono recedere dall'Assicurazione.

Il recesso dell'Assicuratore ha effetto dopo 30 giorni dalla comunicazione ed entro i successivi 15 giorni l'Assicuratore rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non assicurato.
Il Contraente dovrà comunicare il recesso mediante lettera raccomandata indirizzata a LIBERTY MUTUAL INSURANCE EUROPE SE, 1 ° piano, Via Fabio Filzi 29, Milano 20124, Italia.
L'Assicuratore dovrà comunicare il recesso mediante lettera raccomandata indirizzata all'ultimo indirizzo conosciuto del Contraente.

ART. 4 - RICHIESTA FRAUDOLENTA

In caso di una richiesta di indennizzo falsa o fraudolenta, sia in relazione all'importo richiesto o per altri motivi, il Contraente o l'Assicurato egli perderà il diritto all'indennizzo di cui alla presente Assicurazione.

ART. 5 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di Sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore.

ART. 6 - ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri di legge relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento sia stato anticipato dall'Assicuratore.

ART. 7 - COMUNICAZIONI E CLAUSOLA INTERMEDIARIO ASSICURATIVO

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver incaricato l'Intermediario di rappresentarlo ai fini della presente Assicurazione. Pertanto, fatto salvo quanto specificamente previsto per la comunicazione di recesso di cui all'ART. 3 RECESSO IN CASO DI SINISTRO:

a) Ogni comunicazione effettuata all'Intermediario dall'Assicuratore si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
b) Ogni comunicazione effettuata dall'Intermediario del Contraente/Assicurato all'Assicuratore si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso.

Tutte le comunicazioni fra le parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, telefax, o posta elettronica certificata.

ART. 8 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 9 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Assicuratore rinuncia a favore del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'art. 1916 C.C. verso gli autori o terzi responsabili dell'Infortunio causato agli Assicurati.

ART. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, la documentazione precontrattuale e contrattuale, ivi incluse le presenti condizioni di assicurazione, in conformità a e con le modalità previste dalla normativa applicabile.
Il Contraente si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate dall'Assicuratore, a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili a eventuali modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o fusione con altra impresa.

ART. 11 - BENEFICIARI

I beneficiari degli Assicurati si intendono essere:
- in caso di morte, gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e consegnata all'Assicuratore;
- in caso di Invalidità Permanente, gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato che dal Contraente.

ART. 12 - INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE

(Valida a condizione che sia espressamente richiamata nella Scheda Tecnica)

A parziale deroga dell'Art. 11 BENEFICIARI, avendo il Contraente stipulato l'Assicurazione per garantirsi dal pregiudizio economico che a esso possa dagli Infortuni degli Assicurati, si conviene che:
a) i rapporti fra l'Assicuratore e gli Assicurati si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'Infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente;

b) l'Assicuratore pagherà le indennità esclusivamente al Contraente, che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Assicuratore.
Agli effetti del disposto di cui all'Art. 1919 C.C., il Contraente dichiara che gli Assicurati hanno dato il proprio consenso alla conclusione della Polizza. Qualora il Contraente non fornisca prova scritta del predetto consenso, gli Assicuratori avranno diritto a pagare all'Assicurato o ai suoi eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 13 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal calcolo indicato nella Scheda Tecnica ed è poi regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni degli elementi di calcolo del premio occorse nel medesimo periodo. Il Contraente/Assicurato deve fornire all'Assicuratore, alle scadenze previste di seguito, i dati necessari per il calcolo finale del premio.
Il premio minimo dovuto all'Assicuratore per ciascun anno di Assicurazione o per il minor periodo di validità della stessa è pari al 70% (settanta percento) del premio originariamente pattuito e indicato nel Modulo di Polizza (o successivamente modificato).

Le differenze di premio attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione del premio costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c. e di agire giudizialmente per il recupero del credito. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli in merito ai dati rilevanti per la regolazione del premio e il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e i documenti necessari. Qualora, a seguito della regolazione, il premio risultasse superiore del 50% (cinquanta percento) di quello anticipato, l'Assicuratore avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta percento) dell'ultimo premio consuntivo.

1) Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni:
Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'Infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il premio di Assicurazione . A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i 90 (novanta) giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'Infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli. Il tasso di premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le tasse applicabili. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.
Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore per iscritto i dati necessari entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo. Nel caso di mancata comunicazione di tali dati, l'Assicuratore procederà ad emettere il conteggio di regolazione utilizzando i dati già in proprio possesso e relativi all'annualità precedente. Nel caso in cui l'Assicuratore non avesse tali dati, verrà emessa una regolazione pari al 20% del premio pattuito alla data di emissione della Polizza.

2) Assicurazione in forma nominativa:
La garanzia assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle Categorie indicate nello stato di rischio. Le variazioni di rischio, aggiunte e diminuzioni, dovranno essere immediatamente comunicate all'Assicuratore e/o all'Intermediario con lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che il Contraente farà pervenire all'Assicuratore o all'Intermediario. Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per capitali superiori a quelli indicati nello stato di rischio. Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, mutilazioni ecc. o esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'Assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo conferma scritta da parte dell'Assicuratore.
Al termine di ogni annualità assicurativa, o del minor periodo di durata pattuito, si procederà alla regolazione del premio definitivo in base ai tassi di premio convenuti ed ai capitali assicurati.

3) Assicurazione stipulata in forma anonima a capitali fissi:
L'Assicurazione vale per le categorie di persone indicate in Polizza ed il cui numero è convenzionalmente indicato ai fini del calcolo del premio iniziale.
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati. Per l'identificazione degli Assicurati, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli.
La copertura e/o la esclusione dalla copertura decorrono dalle ore 24.00 della data di assunzione o cessazione del rapporto di lavoro indicata nei suddetti libri.
Al termine di ogni annualità assicurativa, o del minor periodo di durata pattuito, si procederà alla regolazione del premio definitivo in base al numero di persone che risulteranno essere state assicurate per ciascuna categoria o gruppo.

ART. 14 - LEGGE APPLICABILE. FORO COMPETENTE
Il presente contratto di assicurazione è soggetto alla legge italiana, alla quale si rinvia per tutto quanto non previsto nel presente contratto.
Fatto salvo quanto previsto all'art. 43 PROCEDURA IN CASO DI CONTESTAZIONE SULLA ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E CONSEGUENZA DELLE LESIONI, per la risoluzione di qualsiasi controversia relativa al presente contratto di assicurazione tra un Assicurato e l'Assicuratore, la competenza esclusiva è quella del foro della residenza dell'Assicurato.
Per qualsiasi altra controversia relativa al presente contratto di assicurazione, la competenza esclusiva è quella del Tribunale di Milano.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE (*COSA È ASSICURATO*). DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

ART. 15 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Ferme restando le esclusioni previste nella Polizza, l'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità dell'Assicurazione nello svolgimento:
- delle attività professionali dichiarate e di quelle non dichiarate che, se conosciute dall'Assicuratore, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

A titolo esemplificativo e non limitativo sono considerati Infortuni anche:
a) le lesioni sofferte in occasione di aggressioni, vandalismo, rapina ed atti violenti in generale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;
b) gli Infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili).
c) gli Infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici;
d) gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero, secondo quanto previsto dall'art. 16 RISCHIO VOLO;
e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;

g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate)
i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, unicamente conseguenti a ferite e/o traumi riportati a seguito di Infortuni risarcibili a termini di polizza;
j) l'annegamento;
k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
o) gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
p) gli Infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente/Assicurato;
q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
r) in caso di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, l'Assicuratore corrisponderà le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'Infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.
s) gli Infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea;
t) gli Infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport.

ART. 16 - RISCHIO VOLO

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero **(non come pilota od altro membro dell'equipaggio)** su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti, **esclusi, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.**
In ogni caso l'**Assicuratore non corrisponderà un importo superiore ad Euro 10.000.000,00 per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del Sinistro. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato le indennità spettanti saranno adeguate, in caso di Sinistro, con riduzione e imputazione proporzionale**.

PRESTAZIONI ASSICURATE PARTICOLARI (SE ACQUISTATE DAL CONTRAENTE)

ART. 17 - ERNIE DA SFORZO

(Garanzia valida a condizione che l'Assicurazione sia prestata per il caso Invalidità Permanente da Infortunio)
Si considerano a tutti gli effetti Infortuni garantiti le ernie da sforzo, fermo restando che, qualora secondo parere medico:
a) l'ernia non sia operabile, **verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso**;
b) l'ernia sia operabile e dopo l'intervento residui una Invalidità Permanente, **verrà corrisposta una indennità calcolata secondo i normali criteri previsti per i casi di Invalidità Permanente da Infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo**.
In caso di contestazione sulla operabilità dell'ernia, si applica la procedura di cui all'art. 43 PROCEDURA IN CASO DI CONTESTAZIONE SULLA ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E CONSEGUENZA DELLE LESIONI.

ART. 18 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)
Se l'Infortunio causa un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicuratore paga un'indennità calcolata in percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente totale secondo la relativa tabella allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni (con esclusione di ogni invalidità conseguente a malattie professionali). L'Assicuratore rinuncia all'applicazione della franchigia di legge, **ma si applica la franchigia indicata nella Scheda Tecnica. L'indennizzo verrà pagato in capitale e non sotto forma di rendita**.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; **se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale**.
L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà della percentuale stabilita per il pollice, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella

di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella sopra citata tabella (D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche) **l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività lavorativa generica, indipendentemente dalla sua professione**.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di Invalidità Permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.
Se l'Infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, l'Assicuratore liquiderà una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 12.500,00.

ART. 19 - MORTE

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)
Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicuratore liquiderà la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati; in difetto di designazione, l'Assicuratore liquiderà la detta somma agli eredi.

ART. 20 - RIMPATRIO DELLA SALMA

(Garanzia valida a condizione che l'Assicurazione sia prestata per il caso Morte)
In caso di Infortunio mortale avvenuto all'estero indennizzabile ai sensi della presente polizza, l'Assicuratore rimborserà le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura in Italia, **fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per ciascun Assicurato**. L'Assicuratore effettuerà il rimborso agli aventi diritto, previa presentazione in originale dei giustificativi di spesa debitamente quietanzati.

ART. 21 - MORTE PRESUNTA

(Garanzia valida a condizione che l'Assicurazione sia prestata per il caso Morte)
Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte.
La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.
Tuttavia, in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro sei mesi dalla data del Sinistro il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, l'Assicuratore corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte (art. 211 e 838 del Codice della Navigazione).
Resta inteso che, qualora dopo l'avvenuto pagamento dell'indennizzo da parte dell'Assicuratore dovesse risultare che l'Assicurato è vivo, **l'Assicuratore avrà diritto all'immediata restituzione della somma pagata.** A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere gli eventuali diritti derivatigli dalla polizza.

ART. 22 - INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea dell'Assicurato che lo rende incapace di svolgere l'attività professionale dichiarata, l'Assicuratore liquida l'indennità assicurata:
1) integralmente, per ogni giorno di incapacità totale dell'Assicurato;
2) al 50% per ogni giorno di incapacità parziale dell'Assicurato che ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per Inabilità Temporanea viene **corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal giorno successivo a quello dell'Infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia (comunque dedotta la franchigia come indicata nella Scheda Tecnica) e cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante da certificato medico o, in mancanza di tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato**. L'indennità per Inabilità Temporanea è cumulabile con le prestazioni dovute per Morte o Invalidità Permanente, fermo restando che:
Clausola Inabilità Temporanea
Nel caso in cui un Sinistro provochi nello stesso tempo una Inabilità Temporanea da Infortunio ed una Invalidità Permanente da Infortunio ed a condizione che sia richiesto all'Assicuratore l'indennizzo di entrambe le garanzie, la franchigia relativa all'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio verrà incrementata a 21 giorni a meno che il Sinistro in oggetto abbia provocato un'Invalidità Permanente superiore al 10%. In questo ultimo caso la franchigia rimarrà invariata.

Inoltre, la garanzia di Inabilità Temporanea da Infortunio sarà riconosciuta esclusivamente nel caso in cui l'Infortunio **abbia tutti i requisiti contemplati nella definizione di "Infortunio" e non si procederà al riconoscimento di alcuna Inabilità Temporanea da Infortunio quando l'Infortunio sia oggetto di preesistenze e/o situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula della polizza**.

ART. 23 - INDENNITÀ GIORNALIERA IN CASO DI RICOVERO, INGESSATURA E CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

Se in conseguenza di un Infortunio indennizzabile ai sensi di polizza:

A - L'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura, l'Assicuratore liquiderà una indennità **per ogni giorno di ricovero con il limite giornaliero stabilito nella Scheda Tecnica e per un periodo massimo di 180 giorni per evento - anche se non consecutivi - da quello del primo ricovero. Il giorno di dimissione non è indennizzabile. In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'Assicurato ha in corso con l'Assicuratore.**
Pertanto, **in caso di denuncia di Sinistro, il Contraente dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'Assicurato e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennità sarà adeguata con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.**
L'Assicuratore, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione dei documenti giustificativi, corrisponde anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.
In caso di Day Hospital, l'Assicuratore liquida una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in Istituto di Cura.

B - Viene applicato all'**Assicurato** mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, l'**Assicuratore liquiderà una indennità pari al limite giornaliero stabilito nella Scheda Tecnica - per un periodo massimo di 90 giorni - fino alla rimozione di suddetti mezzi.**
Detta indennità non si cumula con quella prevista dalla precedente lettera "A" per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'applicazione rigida con le medesime modalità di cui al paragrafo "A" che precede.

C - Se in conseguenza di un ricovero ospedaliero come definito nell'articolo precedente, all'Assicurato viene prescritto, dal medico che lo ha seguito durante il ricovero, un periodo di convalescenza da trascorrere presso il proprio domicilio o residenza, **l'Assicuratore liquiderà un'indennità per ogni giorno di convalescenza con il limite giornaliero previsto nella Scheda Tecnica e per un numero massimo di 60 giorni per evento.**
Quando la presente indennità viene venduta a sé stante (quindi senza ricovero ospedaliero) la franchigia è pari ad un giorno.
Resta convenuto che la presente indennità non si può cumulare con il beneficio indennità giornaliera da ingessatura.

ART. 24 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)

In caso di Infortunio coperto dalla presente Assicurazione, l'Assicuratore rimborserà agli Assicurati le spese mediche sostenute entro il limite indicato nella Scheda Tecnica. Per spese mediche si intendono:

- spese ospedaliere;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

La domanda di rimborso, completa dei giustificativi originali delle spese mediche, dovrà essere **presentata all'Assicuratore entro un mese dal termine della cura medica.** Qualora gli originali dei giustificati siano presentati a terzi per il rimborso, l'Assicuratore pagherà le spese mediche sostenute al netto di quanto rimborsato dai terzi.
Per le spese mediche sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia ed in Euro al cambio medio, secondo l'Ufficio Italiano Cambi, della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.
Il rimborso sarà effettuato all'Assicurato o, in caso di morte, ai Beneficiari.
Rimangono espressamente escluse le spese mediche sostenute per operazioni di chirurgia plastica salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente, nei limiti di cui all'Art. 18 INVALIDITÀ PERMANENTE.
La somma assicurata indicata nella Scheda Tecnica rappresenta il limite degli indennizzi dovuti dall'Assicuratore, indipendentemente dal numero dei sinistri.

La presente garanzia è prestata con una franchigia fissa a carico del Contraente/Assicurato di Euro 155,00 (salvo diversamente indicato nella Scheda Tecnica) per singolo evento.

Per la presente garanzia non opera l'Art. 9 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA.

ART. 25 - GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e prestata congiuntamente alla garanzia di Invalidità Permanente da Infortunio. I termini e le condizioni che disciplinano la presente garanzia prevalgono su quelli altrimenti previsti nella Polizza)

1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente garanzia è prestata esclusivamente per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia manifestatasi **unicamente durante il periodo di validità dell'Assicurazione**.

2) DEFINIZIONE DI MALATTIA

È considerata **malattia** ogni alterazione corporale obiettivamente constatabile dello stato di salute non dipendente da Infortunio e che si sia manifestata **per la prima volta durante il periodo di validità del presente contratto e che risulti in una Invalidità Permanente la quale deve essere accertata entro e non oltre due anni dalla data della denuncia del Sinistro**.
È considerata **Invalidità Permanente** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa dell'**Assicurato** indipendentemente dalla propria attività/professione.

3) ESCLUSIONI PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Ferme restando le esclusioni previste nella Polizza, sono altresì escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti da malattia derivanti, direttamente od indirettamente, da:

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

4) PERSONE NON ASSICURABILI PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La presente garanzia non vale:

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

5) CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

a) In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 24%(ventiquattro percento) l'Assicuratore liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alla seguente tabella. **Nessuna indennità spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 24% della totale.**

A = % INVALIDITA PERMANENTE ACCERTATA
B = % DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA

A	B	**A**	B	**A**	B
Fino a 24	0	**39**	37	**54**	67
25	9	**40**	39	**55**	69
26	11	**41**	41	**56**	71
27	13	**42**	43	**57**	73
28	15	**43**	45	**58**	76
29	17	**44**	47	**59**	79
30	19	**45**	49	**60**	82
31	21	**46**	51	**61**	85
32	23	**47**	53	**62**	88
33	25	**48**	55	**63**	91
34	27	**49**	57	**64**	94
35	29	**50**	59	**65**	97
36	31	**51**	61	**66 e oltre**	100
37	33	**52**	63		
38	35	**53**	65		

b) Il grado di Invalidità Permanente si valuta secondo quanto previsto dalla relativa tabella approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità lavorativa dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle single percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

c) In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone e sulla natura o sulle conseguenze della malattia e/o sul grado di Invalidità Permanente, si applica la procedura di cui all'art. 43 PROCEDURA IN CASO DI CONTESTAZIONE SULLA ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E CONSEGUENZA DELLE LESIONI.

6) ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA
La prova dell'esistenza delle condizioni per il pagamento dell'indennità è a carico dell'Assicurato.
L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Assicuratore, fornire agli stessi ogni informazione e consegnare ogni copia delle eventuali cartelle cliniche compilate e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato.

7) DIRITTO ALL'INDENNITÀ PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA
Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile a terzi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'invalidità sia stata liquidata o offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga tale indennità ai beneficiari dell'Assicurato.

8) DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI PER LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.

L'**Assicurato deve denunciare all'Assicuratore, a mezzo lettera raccomandata, il verificarsi di qualsiasi invalidità che, secondo parere medico, possa essere indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato ed in ogni caso non oltre 30 giorni dopo la scadenza e/o recesso del presente contratto**.
L'Assicuratore si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

ART. 26 - ESTENSIONE GUERRA E TERRORISMO CON CLAUSOLA DI RECESSO ENTRO LE 168 ORE

(Garanzia valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica e a condizione che sia stato corrisposto il relativo premio addizionale)
La presente garanzia si intende estesa al mondo intero **ad esclusione dei seguenti paesi**:

1. **Afghanistan**
2. **Libia**
3. **Chechnya**
4. **Egitto (Sinai)**
5. **Iran**
6. **Iraq**
7. **Mali**
8. **Mozambico**
9. **Nigeria**
10. **Repubblica Centrafricana**
11. **Repubblica Democratica del Congo**
12. **Siria**
13. **Sudan**
14. **Sud Sudan**
15. **Yemen**
16. **Zimbabwe**

L'acquisto della presente estensione comporta l'inapplicabilità dell'esclusione di cui all'ART. 27 ESCLUSIONE DI GUERRA, TERRORISMO E STRAGI DI MASSA, fermo restando che in nessun caso l'Assicurazione copre danni o esborsi derivanti:
- **dalla partecipazione, diretta o indiretta, di un Assicurato a uno degli atti, eventi o attività espressamente esclusi nell'articolo 27 ESCLUSIONE DI GUERRA, TERRORISMO E STRAGI DI MASSA,**

- **dall'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro.**

L'Assicuratore si riserva la facoltà di escludere dalla presente garanzia uno o tutti i rischi, previa notifica all'Assicurato con preavviso di 168 ore. La notifica si considera ricevuta dell'Assicurato all'ora e alla data in cui la medesima sarà stata ricevuta dall'Intermediario.

La presente estensione di garanzia non copre danni conseguenti a:
stato di guerra, dichiarato o no, tra i seguenti paesi: Cina, Francia, Regno Unito, Federazione Russa e Stati Uniti d'America; o stato di guerra sul territorio europeo, dichiarato o no (ad eccezione di guerre civili o azioni applicative condotte da o per conto delle Nazioni Unite) nel quale siano coinvolti i paesi sopra elencati o loro forze armate.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE (COSA NON È ASSICURATO)

ART. 27 - ESCLUSIONI (COSA NON È ASSICURATO)

Non sono coperti gli Infortuni:

a) derivanti da suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dagli Assicurati;
b) derivanti da uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
c) derivanti da guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
d) derivanti da partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
e) derivanti da pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
f) derivanti da partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implichino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
g) derivanti da ogni forma di malattia non coperta ai sensi dell'art. 15 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE; in qualsiasi caso la morte dell'Assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa Assicurazione;
h) derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, bob sledging e lo sci-joring nonché utilizzo di luge, bob, skeletons o slitta trainata da cani;
i) derivanti e/o riconducibili a patologie e/o condizioni preesistenti alla decorrenza contrattuale.
j) derivanti e/o riconducibili ad attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo;

Non sono in alcun caso equiparabili ad Infortunio:
k) gli infarti;
l) fatto salvo quanto previsto dall'art. 15 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, lett. i), le **infezioni e/o malattie infettive di qualsiasi natura e da qualunque agente patogeno generate;**
m) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un Infortunio.

ESCLUSIONE DI GUERRA, TERRORISMO E STRAGI DI MASSA
Non sono coperti i danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:
1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;

11. **colpi di stato militari o usurpazioni di potere;**
12. **esplosioni di armi da guerra;**
13. **l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;**
14. **omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;**
15. **attività terroristica**.

Ai fini della presente esclusione:

» per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare i governi e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscano individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;

» per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;

» per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;

» per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15).
Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

ESCLUSIONE PER CONTAMINAZIONE NUCLEARE
Questa Assicurazione esclude qualsiasi Sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:
1. **radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;**
2. **esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata.**

ART. 28 - DANNO BIOLOGICO
Non è coperto il danno biologico, definito come lesione all'integrità psicofisica della persona.

ART. 29 - CLAUSOLA DI ESCLUSIONE MATERIALI CHIMICI E BIOLOGICI
Non sono coperte le perdite, danni, costi o spese di qualsiasi genere cagionati direttamente o indirettamente o derivanti da o connessi con l'uso o la minaccia dell'uso doloso di materiale patogeno o tossico sia chimico che biologico.

ART. 30 - CLAUSOLA DI LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE IN PRESENZA DI SANZIONI
Nessun Assicuratore sarà tenuto a fornire copertura assicurativa e nessun Assicuratore sarà obbligato a pagare alcun Sinistro o fornire alcuna prestazione in virtù del presente contratto nella misura in cui la fornitura di tale copertura assicurativa, pagamento di tale Sinistro o fornitura di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione derivante da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche e commerciali, leggi o disposizioni dell'Unione Europea, Regno Unito o Stati Uniti d'America.

ART. 31 - CUMULO DI INDENNITÀ
Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, alle altre persone indicate nell'Art. 11 BENEFICIARI, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore. Ove questa sia minore, l'Assicuratore rinuncia a richiedere il relativo rimborso.
Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai beneficiari, eredi o aventi causa.
Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente da un Infortunio denunciato ai sensi di Polizza:
- prima che l'importo liquidato od offerto sia stato pagato, l'Assicuratore paga, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, tale ultimo importo ai beneficiari designati o, in difetto, alle altre persone indicate nell'Art. 11 BENEFICIARI;

- prima che l'Assicuratore abbia potuto condurre le indagini e gli accertamenti necessari a verificare l'esistenza ed il grado di Invalidità Permanente, i beneficiari designati o, in difetto, le altre persone indicate nell'Art. 11 BENEFICIARI potranno dimostrare la stabilizzazione dei postumi e la relativa Invalidità Permanente dell'Assicurato fornendo all'Assicuratore idonea documentazione medica (quale, a titolo meramente esemplificativo, una certificazione di invalidità rilasciata dall'INAIL o INPS o una certificazione ospedaliera) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.

ART. 32 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.
In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione, di cui all'art. 18 INVALIDITÀ PERMANENTE, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 33 - LIMITI DI ETÀ

Non sono coperte le persone di età maggiore di 75 anni. Le persone che raggiungono tale età durante la validità dell'Assicurazione sono coperte sino alla prima scadenza annua, momento nel quale l'Assicurazione cessa automaticamente (ossia senza obbligo di disdetta).

ART. 34 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura, l'Assicuratore rimborserà la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 35 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

(Esclusione valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica)

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere professionale.

ART. 36 - LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

(Esclusione valida solo se espressamente indicata nella Scheda Tecnica)

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità. L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

FRANCHIGIE E MASSIMALI

ART. 37 - FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Salvo diversi accordi, le somme assicurate per Invalidità Permanente da Infortunio sono soggette alla seguente franchigia:

- **3% per somme assicurate sino ad Euro 517.000,00; la franchigia si azzera per Invalidità Permanente uguale o superiore al 10%;**
- **5% per somme assicurate eccedenti Euro 517.000,00 e sino ad Euro 775.000,00;**
- **10% per somme assicurate eccedenti Euro 775.000,00 e sino ad Euro 1.292.000,00;**
- **15% per somme assicurate eccedenti Euro 1.292.000,00 e sino ad Euro 1.650.000,00;**
- **20% per somme assicurate eccedenti Euro 1.650.000,00 e sino ad Euro 2.000.000,00.**

In caso di Invalidità Permanente causata da Infortunio di grado superiore al 50%, l'Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

ART. 38 - FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato in caso di malattia che causi una Invalidità Permanente di grado pari od inferiore al 24% della totale.

ART. 39 - FRANCHIGIA PER RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

a meno che non sia diversamente stabilito nella Scheda Tecnica, è prevista una franchigia fissa di Euro 155,00 per ciascun Sinistro

Le franchigie previste per le garanzie Inabilità Temporanea da Infortunio ed indennità giornaliera in caso di ricovero, ingessatura e convalescenza, sono riportate nella Scheda Tecnica.

ART. 40 - LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati, in conseguenza di un unico avvenimento, l'esborso complessivo a carico dell'Assicuratore non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00 (Euro dieci milioni).
Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 41 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

Ai sensi dell'art. 1913 C.C. la denuncia dell'Infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto all'**Assicuratore entro trenta giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**.

Per presentare denuncia di Sinistro il Contraente e/o l'Assicurato dovranno trasmettere la necessaria documentazione all'Intermediario o direttamente all'Assicuratore ai seguenti recapiti:
Via Fabio Filzi 29, Milano (MI), 20124
Fax +39 02 2626 0935
sinistri.lsm@legalmail.it

Avvenuto l'Infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.
Il decorso delle lesioni subite dovrà essere documentato da certificazione medica dalla denuncia alla guarigione clinica.
Quando l'Infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso all'Assicuratore. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'Assicuratore ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.
Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato se non espressamente comprese nell'Assicurazione o relative a medici designati dall'Assicuratore.
Se dolosamente non vengono adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità. Se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, l'Assicuratore ha il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 42 - ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della definizione del Sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, **a condizione che non siano sorte riserve o contestazioni sull'indennizzabilità o quantificazione del Sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno Euro 100.000,00**.
L'Assicuratore sarà tenuto a pagare l'anticipo entro 90 giorni dalla data di denuncia del Sinistro e trascorsi 30 giorni dalla relativa richiesta.

ART. 43 - PROCEDURA IN CASO DI CONTESTAZIONE SULLA ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi dei precedenti Artt. 32 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ e 34 PERSONE NON ASSICURABILI sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di Invalidità Permanente, le parti hanno la facoltà di conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove esso deve riunirsi.
Il Collegio dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato**.
Ciascuna Parte sostiene le spese proprie e del medico designato, oltre a metà dei costi del terzo medico.
È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 44 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Le indagini e gli accertamenti anche di natura medica e medico-legale verranno condotti dall'Assicuratore nei tempi e con le modalità di volta in volta richieste dal singolo Infortuno o dalla malattia, restando inteso che il pagamento dell'indennizzo è condizionato allo svolgimento delle indagini e degli accertamenti ragionevolmente richiesti dall'Assicuratore. Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore calcola l'indennizzo dovuto ai sensi di Polizza e lo comunica al Contraente/Assicurato; ricevuta l'accettazione, provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla data di ricezione dell'atto di liquidazione del danno debitamente firmato e corredato dei documenti richiesti. L'indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta europea (Euro).

****

Data	Il Contraente
.....	.....

CLAUSOLE VESSATORIE

(Clausole da approvare esplicitamente per iscritto)

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara, anche a nome per conto di tutti gli Assicurati, di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle condizioni di Assicurazione:

ART. 1 DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE
ART. 3 RECESSO IN CASO DI SINISTRO
ART. 4 RICHIESTA FRAUDOLENTA
ART. 14 LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE
ART. 25 GARANZIA DI INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE A MALATTIA
ART. 27 ESCLUSIONI
ART. 28 DANNO BIOLOGICO
ART. 31 CUMULO DI INDENNITÀ
ART. 32 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ
ART. 33 LIMITI DI ETÀ
ART. 34 PERSONE NON ASSICURABILI
ART. 37 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO
ART. 38 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA
ART. 39 FRANCHIGIA PER RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO
ART. 40 LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI
ART. 41 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI
ART. 43 PROCEDURA IN CASO DI CONTESTAZIONE SULLA ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

Data	Il Contraente
.....	.....