

Oggetto: DM 22 set. 2016 GU n.238 del 11-10-2016 AVVOCATI Polizza INFORTUNI obbligatoria
Mittente: <info@creass.it>
Data: 04/09/2017 12:52
A: <info@ordineavvocatoristano.it>

Buongiorno Graziella,
Come richiesto allego l'offerta della polizza infortuni, i documenti allegati sono predisposti per l'invio ad ogni singolo Avvocato, sto predisponendo i documenti adatti al sito.
Buona giornata
Antonello

Antonello Carta
Cell. 3664950033
info@creass.it



— Allegati: _____

Avvocati decreto attuativo 2016.pdf	53,8 kB
AVVOCATI Infortuni DM HDI fascicolo inf set2017.pdf	184 kB
AVVOCATI Infortuni DM questionario set 2017.pdf	172 kB

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

DECRETO 22 settembre 2016

Condizioni essenziali e massimali minimi delle polizze assicurative a copertura della responsabilita' civile e degli infortuni derivanti dall'esercizio della professione di avvocato. (16A07253)

(GU n.238 del 11-10-2016)

IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

Visto l'art. 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, e successive modifiche;

Visto l'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137;

Visto l'art. 12 della legge 31 dicembre 2012, n. 247 «Nuova disciplina dell'ordinamento della professione forense»;

Ritenuto di dover stabilire le condizioni essenziali e i massimali minimi delle polizze assicurative a copertura della responsabilita' civile e degli infortuni derivanti dall'esercizio della professione di avvocato;

Decreta:

Art. 1

Oggetto dell'assicurazione a copertura della responsabilita' civile professionale

1. L'assicurazione deve prevedere la copertura della responsabilita' civile dell'avvocato per tutti i danni che dovesse colposamente causare a terzi nello svolgimento dell'attivita' professionale.
2. L'assicurazione deve coprire la responsabilita' per qualsiasi tipo di danno: patrimoniale, non patrimoniale, indiretto, permanente, temporaneo, futuro.
3. L'assicurazione deve coprire la responsabilita' dell'avvocato anche per colpa grave.
4. L'assicurazione deve coprire la responsabilita' per i pregiudizi causati, oltre ai clienti, anche a terzi.
5. Non potranno essere considerati terzi i collaboratori ed i familiari dell'assicurato.
6. Ai fini della determinazione del rischio assicurato, per «attivita' professionale» deve intendersi:
 - a) l'attivita' di rappresentanza e difesa dinanzi all'autorita' giudiziaria o ad arbitri, tanto rituali quanto irrituali;
 - b) gli atti ad essa preordinati, connessi o consequenziali, come ad esempio l'iscrizione a ruolo della causa o l'esecuzione di

notificazioni;

- c) la consulenza od assistenza stragiudiziali;
- d) la redazione di pareri o contratti;
- e) l'assistenza del cliente nello svolgimento delle attivita' di mediazioni, di cui al decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, ovvero di negoziazione assistita di cui al decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132.

7. E' facolta' delle parti pattuire l'estensione della copertura assicurativa ad ogni altra attivita' al cui svolgimento l'avvocato sia comunque abilitato.

8. L'assicurazione deve prevedere, altresì, la copertura della responsabilita' civile derivante da fatti colposi o dolosi di collaboratori, praticanti, dipendenti, sostituti processuali.

9. La copertura assicurativa si estende alla responsabilita' per danni derivanti dalla custodia di documenti, somme di denaro, titoli e valori ricevuti in deposito dai clienti o dalle controparti processuali di questi ultimi.

10. In caso di responsabilita' solidale dell'avvocato con altri soggetti, assicurati e non, l'assicurazione deve prevedere la copertura della responsabilita' dell'avvocato per l'intero, salvo il diritto di regresso nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 2

Efficacia nel tempo della copertura assicurativa

1. L'assicurazione deve prevedere, anche a favore degli eredi, una retroattivita' illimitata e un'ultrattivita' almeno decennale per gli avvocati che cessano l'attivita' nel periodo di vigenza della polizza.

2. L'assicurazione deve contenere clausole che escludano espressamente il diritto di recesso dell'assicuratore dal contratto a seguito della denuncia di un sinistro o del suo risarcimento, nel corso di durata dello stesso o del periodo di ultrattivita'.

Art. 3

Massimali minimi di copertura per fascia di rischio

1. I massimali della copertura assicurativa minima sono fissati secondo i seguenti criteri:

Cat.	Fascia di rischio	Massimale minimo
A	Attivita' svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso non superiore a euro 30.000,00	Euro 350.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
B	Attivita' svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso superiore a 30.000 e non superiore a euro 70.000,00	Euro 500.000,00 per sinistro e per anno assicurativo
	Attivita' svolta in forma individuale con fatturato riferito all'ultimo esercizio	Euro 1.000.000,00 per

C	chiuso superiore a euro 70.000,00	sinistro e per anno assicurativo
D	Attivita' svolta in forma collettiva (studio associato o societa' tra professionisti) con un massimo di 10 professionisti e un fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso non superiore a euro 500.000,00	Euro 1.000.000,00 per sinistro, con il limite di euro 2.000.000,00 per anno assicurativo
E	Attivita' svolta in forma collettiva (studio associato o societa' tra professionisti) con un massimo di 10 professionisti e un fatturato riferito all'ultimo esercizio chiuso superiore a euro 500.000,00	Euro 2.000.000,00 per sinistro, con il limite di euro 4.000.000,00 per anno assicurativo
F	Attivita' svolta in forma collettiva (studio associato o societa' tra professionisti) composto da oltre 10 professionisti	Euro 5.000.000,00 per sinistro, con il limite di euro 10.000.000,00 per anno assicurativo

2. In presenza di franchigie e scoperti, l'assicuratore sara' comunque tenuto a risarcire il terzo per l'intero importo dovuto, ferma restando la facolta' di recuperare l'importo della franchigia o dello scoperto dall'assicurato che abbia tenuto indenne dalla pretesa risarcitoria del terzo.

3. E' facolta' delle parti prevedere clausole di adeguamento del premio, nel caso di incremento del fatturato a contratto in corso.

4. Il massimale minimo previsto dal presente decreto deve intendersi al netto delle spese di resistenza di cui all'art. 1917, comma 3, secondo periodo, del codice civile.

Art. 4

Assicurazione contro gli infortuni

1. L'assicurazione deve essere prevista a favore degli avvocati e dei loro collaboratori, praticanti e dipendenti per i quali non sia operante la copertura assicurativa obbligatoria I.N.A.I.L.

2. L'assicurazione deve prevedere la copertura degli infortuni occorsi durante lo svolgimento dell'attivita' professionale e a causa o in occasione di essa, i quali causino la morte, l'invalidita' permanente o l'invalidita' temporanea, nonche' delle spese mediche.

3. Il contratto deve includere tra i rischi assicurati l'infortunio derivante dagli spostamenti resi necessari dallo svolgimento dell'attivita' professionale.

4. Le somme assicurate minime sono le seguenti:

capitale caso morte: euro 100.000,00;

capitale caso invalidita' permanente: euro 100.000,00;

diaria giornaliera da inabilita' temporanea: euro 50,00.

Art. 5

Modalita' attuative

1. Fatta salva l'informazione da rendere al cliente ai sensi dell'art. 12, comma 1, della legge 31 dicembre 2012, n. 247, gli estremi delle polizze assicurative attuative dell'obbligo sono resi disponibili ai terzi senza alcuna formalità presso l'Ordine al quale l'avvocato è iscritto e presso il Consiglio nazionale forense, e sono pubblicati sui rispettivi siti internet.

2. Il presente decreto entra in vigore decorso un anno dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

3. Le polizze assicurative stipulate in epoca antecedente all'entrata in vigore del presente decreto dovranno essere adeguate alle disposizioni in esso dettate.

Roma, 22 settembre 2016

Il Ministro: Orlando

HDI

HDI Global SE

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5, 20143 Milano

HDI

Contratto di Assicurazione

- Infortuni -

Il presente Fascicolo Informativo (Edizione N. 03/2017) contenente la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto o, dove prevista, della Proposta di Assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Pag. 1/24

HDI Global SE
Sede in Hannover (Germania)
Capitale Sociale Euro 125.000.000
di cui versato Euro 125.000.000
www.hdi.global

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Franco Russoli, 5 - 20143 Milano
Tel. +39 02 831131
Registro Imprese di Milano n.03295070159
R.E.A. n.827040
Codice Fiscale/Partita IVA 03295070159

Impresa autorizzata all'esercizio
delle Assicurazioni con Decreto del
Ministero dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato del 05/07/1973
(G.U. 31/07/1973 n.196)

NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO di ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota Informativa si articola in quattro Sezioni:

- A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione;
- B. Informazioni sul Contratto;
- C. Informazioni sulle Procedure Liquidative e sui Reclami;
- D. Glossario.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il Contratto è stipulato con **HDI Global SE**, Rappresentanza Generale per l'Italia, Impresa avente Sede Legale in un altro Stato membro (corrente in Hannover, HDI-Platz 1, CAP 30659, Germania), ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento e iscritta nel relativo Elenco I allegato dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00005, con sede della Rappresentanza Generale in Italia in Via F. Russoli 5 - 20143 Milano, Tel. +39 02-83113 - Fax +39 02-83113.201 - C.F./P. IVA 03295070159.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L'ammontare del patrimonio netto (così come risultante a seguito dell'approvazione del bilancio 2012) è di € 406,5 milioni di cui per capitale sociale € 125 milioni interamente versato e per riserve patrimoniali € 281,5 milioni.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La polizza è soggetta a tacito rinnovo.

Avvertenza:

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente.

Si rinvia all'Art. 9 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".

3. Coperture Assicurative offerte - Limitazioni ed Esclusioni

Il contratto prevede coperture assicurative in caso di infortuni. Sono effettivamente operanti solo le coperture assicurative per le quali sono richiamate in polizza le relative somme ed i relativi premi.

Il contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- **invalidità permanente per infortunio**, meglio descritta e disciplinata negli Artt. 1, 4 e 6 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio;
- **morte per infortunio**, meglio descritta e disciplinata negli Artt. 1 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Tali coperture sono operanti durante lo svolgimento dell'attività professionale indicata in polizza e/o di ogni altra attività di carattere non professionale, come indicato dall'Art. 1.2 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

La copertura infortunio può essere operante, se richiamata in polizza, anche per la garanzia **inabilità temporanea**, meglio descritta e disciplinata nell'Art. 7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza:

La polizza prevede specifiche Esclusioni, Limitazioni, fattispecie di Inassicurabilità e Sospensioni di Garanzia.

Per le limitazioni e i rischi esclusi si rinvia agli Artt. 1.3, 1.4, 4 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI"

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Di conseguenza, l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni (si rinvia all'Art. 1.7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" per gli aspetti di dettaglio).

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. In caso di mancato pagamento del premio, o delle rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento (si rinvia all'Art. 2 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE" per gli aspetti di dettaglio).

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, come pure durante i periodi di aspettative non retribuiti, l'assicurazione resta sospesa. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI".

Avvertenza:

Il contratto può prevedere franchigie, scoperti, sottolimiti di somme assicurate, limiti territoriali operanti sempre o in determinate situazioni.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia ai seguenti Articoli:

- Art. 13 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE";
- Artt. 1.3, 2, 6, 7 e 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI";
- Artt. 2, 3, 6, 7, 8, 9 e 10 delle "CONDIZIONI PARTICOLARI".

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie:

Garanzia Invalidità Permanente

Capitale assicurato:

€ 1.000.000,00 su cui calcolare la percentuale di indennizzo

Franchigie operanti:

0% sulla parte di somma assicurata fino ad € 250.000,00

5% sulla parte di somma assicurata da € 250.000,00 fino ad € 600.000,00

10% sulla parte di somma assicurata oltre € 600.000,00

Liquidazione dell'indennizzo:

Somma Assicurata (EUR)	Franchigia (%)	Importo Liquidato (%)	Importo effettivo (EUR) per una Invalidità Permanente del 15%
Da 0 a € 250.000,00	0%	15% - 0% = 15% di € 250.000,00	€ 37.500,00
Da € 250.000,00 ad € 600.000,00	5%	15% - 5% = 10% di € 350.000,00	€ 35.000,00
Oltre € 600.000,00	10%	15% - 10% = 5% di € 400.000,00 * per raggiungere € 1 milione	€ 20.000,00
<u>Totale Liquidazione</u>			€ 92.500,00

Garanzia Inabilità Temporanea

Somma assicurata: € 150,00 giornalieri

Franchigie e sottolimiti operanti: 7 giorni

Durata Inabilità Temporanea: massimo 360 giorni

Liquidazione dell'indennizzo:

Somma Assicurata (EUR / giorno)	Franchigia (giorni)	Importo Liquidato (giorni)	Importo effettivo (EUR) per una Inabilità Temporanea di 15 giorni
€ 150,00 / giorno	7 giorni	15 giorni - 7 giorni = <u>8 giorni</u>	€ 1.200,00

Avvertenza:

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 1.6 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI".

4. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza:

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché nella cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (si rinvia all'Art. 1 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", agli Artt. 1 e 4 della Sezione C "ASSICURAZIONE DEI DIRIGENTI" e alla Sezione "DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO" per gli aspetti di dettaglio).

5. Nullità e scioglimento del contratto

Avvertenza:

Ai sensi dell'Art. 1895 del Codice Civile il contratto di assicurazione è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

Ai sensi dell'Art. 1896 del Codice Civile il contratto di assicurazione si scioglie se dopo la conclusione del contratto stesso il rischio cessa di esistere.

6. Aggravamento e Diminuzione del Rischio; Variazioni nella professione dell'Assicurato / degli Assicurati o nella persona del Contraente; Alienazione dell'Azienda

Il Contraente e/o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e/o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione dell'Assicurato / degli Assicurati.

La mancata comunicazione scritta alla Società di circostanze che determinano un aggravamento del rischio, rispetto alla situazione rappresentata all'atto della stipulazione della polizza, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero la cessazione dell'assicurazione.

In caso di diminuzione del rischio, la Società, laddove ricorrano i presupposti di cui all'Art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 6 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie:

Perdita parziale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata: Geometra (senza accesso a cantieri e ponteggi)

Attività svolta al momento del sinistro: Geometra (con accesso a cantieri e ponteggi)

Percentuale di indennizzo riconosciuta: **75% (per aggravamento del rischio non comunicato)**

Perdita totale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata: Muratore

Attività svolta al momento del sinistro: Minatore

Percentuale di indennizzo riconosciuta: **Nessun indennizzo (attività non assicurabile)**

Ogni variazione del Contraente (sia esso persona fisica o Società) così come l'alienazione dell'Azienda del Contraente deve essere comunicata alla Società (si vedano per gli aspetti di dettaglio gli Artt. 4 e 5 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

7. Premi e Forme di Pagamento previste

I premi devono essere pagati alle rispettive scadenze.

La Società o gli Intermediari incaricati possono ricevere dal Contraente, a titolo di pagamento del premio:

- **Ordini di bonifico bancario o postale che abbiano quale beneficiario la Società oppure l'Intermediario incaricato, espressamente in tale qualità.**

Si rinvia alla Sezione "PREMIO E CONTEGGIO DEL PREMIO", nonché all'Art. 2 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE" e alla Sezione "DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO".

Si possono concordare le seguenti modalità di pagamento del premio:

- in un'unica rata annuale;

oppure

- in due rate semestrali.

In questo caso potrà essere applicato un aumento del premio (3%).

In caso di frazionamento semestrale del premio, rimane fermo l'obbligo per il Contraente di corrispondere l'intera annualità assicurativa.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio annuo è determinato in funzione della composizione della collettività di riferimento, della somma assicurata e dell'attività professionale svolta al momento della decorrenza delle garanzie. Alla data di ricorrenza annuale della polizza, l'importo del premio sarà modificato da parte della Società in funzione della variata composizione della collettività assicurata.

Si rinvia all'Art. 6 della Sezione B "ASSICURAZIONE IN BASE AI MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI" per gli aspetti di dettaglio.

9. Rivalse

Avvertenza:

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio (per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 10 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI").

10. Diritto di recesso

Avvertenza:

Le Parti possono disdettare il contratto comunicando tale decisione all'altra parte tramite lettera raccomandata che deve essere spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale; diversamente, il contratto si intende prorogato per ulteriori 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente (si rinvia all'Art. 9 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

Per la copertura infortuni è prevista la facoltà, sia per il Contraente sia per la Società, di recedere dal contratto in caso di sinistro, con preavviso di 30 (trenta) giorni. In caso di contratto di durata pluriennale, il Contraente ha la facoltà di recedere, trascorso un quinquennio, senza oneri e con preavviso di 60 (sessanta) giorni (si rinvia all'Art. 8 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

Si vedano inoltre gli Art. 4, 5 e 6 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE".

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

PRESCRIZIONE: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

DECADENZA:

Ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile, l'inadempimento doloso dell'obbligo di avviso o di salvataggio comporta la perdita del diritto all'indennità assicurativa.

12. Legge applicabile al contratto

Il contratto è assoggettato alla Legge Italiana. Ai sensi dell'Art. 180 del Decreto Legislativo n. 209 del 2005, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano (si rinvia all'Art. 12 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE").

13. Regime fiscale

Ai premi si applica l'Imposta Governativa, che attualmente ammonta al 2,5%.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente (si rinvia all'Art. 10 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", e alla Sezione "PREMIO E CONTEGGIO DEL PREMIO").

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza:

Si precisa che il momento di insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'evento assicurato, e che sono previste specifiche modalità e termini per la denuncia del sinistro. Il mancato rispetto dei termini di denuncia di sinistro alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. La denuncia di sinistro deve essere effettuata per iscritto alla Società o all'Intermediario incaricato (si rinvia per gli aspetti di dettaglio all'Art. 7 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE", e agli Art. 3 e 5 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI").

Avvertenza:

Nel caso di designazione di un collegio di tre medici, ai sensi dell'Art. 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", l'Assicurato dovrà sostenere le spese e remunerare in proprio il medico da questi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze richieste dal terzo medico.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio Clienti - **Sig. Paolo Bernardinello** c/o **HDI Global SE** - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via F. Russoli 5 - 20143 Milano, o al numero di fax 02-83.113.200, indicando i seguenti dati:

- **nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente;**
- **numero della polizza e nominativo del contraente;**
- **numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;**
- **indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- **nome, cognome e domicilio del reclamante;**
- **denominazione dell'impresa, dell'intermediario o del perito di cui si lamenta l'operato;**
- **breve descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.**

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente e il Contraente.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Il sistema competente è individuabile accedendo al sito:
http://ec.europa.eu/atoz_en.htm

In relazione alle controversie riguardanti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria (si rinvia in ogni caso alla lettura dell'Art. 11 delle "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE"), oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

16. Controversie - Arbitrato

Eventuali controversie sull'assicurabilità delle persone, ai sensi dell'Art. 1.7 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI", sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità permanente o sul grado o durata dell'Inabilità temporanea possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico ad un Collegio di tre medici. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il Comune dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla Residenza dell'Assicurato.

Si rinvia all'Art. 8 della Sezione A "NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI" per gli aspetti di dettaglio.

HDI

Avvertenza:

Il ricorso all'arbitrato è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

HDI Global SE

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5, 20143 Milano

HDI Global SE - Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il legale rappresentante
Ing. Francesco SEMPRINI



HDI

CONVENZIONE UNDERWRITING INSURANCE AGENCY – AVVOCATI

La Società in base alle Condizioni Generali e Particolari, ed alle Dichiarazioni del Contraente assicura il pagamento delle somme indicate per gli infortuni derivanti alle persone indicate nello

ELENCO DELLE PERSONE e SOMME ASSICURATE.

DEFINIZIONI

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

- per "**Appendice**": il documento che prova variazioni dell'assicurazione o regolazione del premio;
- per "**Assicurato**": il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti, ovvero ciascun membro dell'Associazione Contraente il quale abbia aderito alla presente polizza, tramite sottoscrizione del modulo di adesione, previo pagamento del relativo premio all'atto dell'adesione e dei singoli rinnovi;
- per "**Assicurazione**": il contratto di assicurazione e il suo contenuto;
- per "**Beneficiario**": gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte;
- per "**Certificato di Assicurazione**": il singolo documento contenente i dati di ogni Assicurato e della relativa copertura assicurativa;
- per "**Contraente**": il soggetto che stipula l'assicurazione e che assume gli obblighi da essa derivanti, ovvero il soggetto che stipula la Convenzione Assicurativa, il quale può identificarsi con l'Assicurato;
- per "**Convenzione Assicurativa**": il contratto stipulato tra la Società ed il Contraente, che sottoscrive nell'interesse dei propri associati;
- per "**Franchigia**": parte del danno risarcibile, stabilita contrattualmente ed espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato;
- per "**Inabilità temporanea**": la temporanea incapacità generica lavorativa, anche parziale, dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata;
- per "**Indennizzo, indennità o rimborso**": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per "**Invalidità permanente**": la perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata;
- per "**Malattie Professionali**": le malattie professionali riconosciute dal D.P.R. 30 giugno 1965 N. 1124 e successive modificazioni, e di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non siano una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente stato morboso noto all'Assicurato;
- per "**Parti**": il Contraente e/o l'Assicurato e la Società;
- per "**Perdita di un arto o di un organo**": perdita anatomica, ovvero perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale dell'arto o dell'organo;
- per "**Polizza**": il documento che prova l'Assicurazione;
- per "**Premio**": la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione;
- per "**Rischio**": la possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "**Scoperto**": parte del danno risarcibile, stabilita contrattualmente ed espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato;
- per "**Sinistro**": il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "**Società**": l'impresa assicuratrice.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI IN GENERALE

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 C.C.

2. PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 C.C.

I premi devono essere pagati all'intermediario abilitato, al quale è assegnata la polizza, oppure alla Società.

3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

4. VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Nel caso di successione nella persona del Contraente o, qualora si tratti di Società, di fusione, semplice o per incorporazione della stessa o di sua messa in liquidazione, i **successori o il Contraente devono comunicare, entro il termine di 15 giorni dal suo verificarsi, l'evento alla Società, alla quale è riconosciuta la facoltà di recedere dal contratto nei 30 giorni successivi, con efficacia decorrente dal 15° giorno successivo al ricevimento della comunicazione di recesso.**

5. ALIENAZIONE DELL'AZIENDA

In caso di alienazione dell'azienda il **Contraente, fermo restando l'obbligo del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve darne comunicazione alla Società e comunicare altresì all'acquirente l'esistenza del contratto di assicurazione.** L'assicurazione, se il premio è pagato, continua a favore dell'acquirente per 15 giorni da quello dell'alienazione. **Trascorso questo termine, l'assicurazione cessa se l'acquirente non ha dichiarato di voler subentrare nel contratto.** La Società, nei 30 giorni dalla dichiarazione dell'acquirente, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

6. MUTAMENTI DI RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni mutamento del rischio. I mutamenti del rischio sono regolati dagli Artt. 1896, 1897, 1898 del Codice Civile.

7. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

(vedi anche Art. 3 della Sezione A. "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni")

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 C.C.

8. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tale caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio netto relativa al periodo di rischio non corso. Nel caso di contratti di durata pluriennale, ferma la facoltà bilaterale di recesso dopo ogni sinistro, l'Assicurato, trascorso un quinquennio, può recedere dal contratto senza oneri, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale è stata esercitata la facoltà di recesso.

9. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per 365 giorni (366 negli anni bisestili), e così successivamente.

10. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

11. FORO COMPETENTE

Foro Competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo dove ha sede l'intermediario abilitato cui è assegnata la polizza.

12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non regolato dalla presente polizza, valgono le norme della legge italiana, salvo che il rischio sia ubicato in altri Stati, e in tal caso si applica quanto previsto dall'Art. 180 del D. Lgs. N. 209 del 2005.

13. LIMITAZIONE DELLA COPERTURA PER EVENTUALI SANZIONI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire copertura assicurativa, o a soddisfare richieste di risarcimento, o a garantire pagamenti o indennizzi sulla base del presente contratto, qualora tale copertura, richiesta di risarcimento, pagamento o indennizzo possano in alcun modo esporre la Società stessa a sanzioni, divieti o restrizioni imposti dalle Nazioni Unite o da sanzioni economiche o commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, o di uno dei suoi Stati Membri, del Regno Unito, o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE A: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

E' considerato **infortunio** l'evento dovuto a **causa fortuita violenta ed esterna**, che produca **lesioni fisiche obiettivamente constatabili**, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

1.2. L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- **delle attività professionali principali e secondarie dichiarate** (vedi dichiarazione nel frontespizio di polizza);
- **di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.**

1.3. Sono compresi in garanzia ed equiparati a tutti gli effetti di polizza ad infortunio, anche:

- a) l'asfissia **non di origine morbosa**;
- b) gli avvelenamenti acuti **da ingestione o da assorbimento di sostanze**;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzo, **esclusi gli infarti e le ernie**; sono invece comprese le ernie di origine traumatica;
- g) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, nonché gli infortuni determinati da vertigini, malore o stato di incoscienza, **purché non dovuti a condizione qualificatamente patologica e purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni**;
- h) gli infortuni derivanti da colpa grave;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- l) gli infortuni derivanti da aggressioni, rapine e sequestri di persona;
- m) le conseguenze di irradiazioni **rese necessarie da infortunio in garanzia**;
- n) gli infortuni subiti in occasione di legittima difesa o di atti di solidarietà;
- o) le morsicature, le punture e le ustioni da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) **conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza**;
- p) gli infortuni dovuti ad uso non pacifico di materiali chimici e biologici, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva. Tale estensione è prestata fino a concorrenza di un limite massimo di risarcimento pari ad € 5.000.000,00, per sinistro, qualunque sia il numero delle persone infortunate assicurate in questa e altre polizze in corso con l'infrascritta Società. Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le indennità spettanti saranno proporzionalmente ridotte.**

1.4. RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, solo se l'Assicurato é privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), e di mezzi subacquei, salvo quanto previsto dal Rischio Volo;
- d) dalla pratica di qualsiasi attività sportiva, anche se svolta a carattere ricreativo;
- e) dalle scalate di roccia superiori al 3° grado, dal paracadutismo anche acrobatico e/o dagli sport aerei in genere, compresa la pratica di volo a vela, mongolfiera, parapendio e dalla pratica del bungee Jumping;
- f) da ubriachezza alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezioni, da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti;
- l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alle lettere a), d) ed e) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

1.5. SERVIZIO MILITARE

Durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, l'assicurazione resta sospesa limitatamente alla garanzia di inabilità temporanea. In ogni caso, entro 15 giorni dalla prima scadenza di premio o rata di premio successiva all'inizio del servizio, l'Assicurato ha diritto di ottenere la sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo.

1.6. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale.

1.7. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali:

- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ANCHE LE NORME CHE SEGUONO PARTECIPANO ALLA DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E DEL RISCHIO ASSICURATO.

2. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

3. DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. 7 delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni in Generale", la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

4. CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggiore pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal successivo Art. 6 della presente Sezione. L'indennizzo viene corrisposto in Italia e in Euro.

5. MORTE

5.1. L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

5.2. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

5.3. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

5.4. In caso di sentenza dichiarativa di morte presunta ai sensi dell'Art. 60, N. 3, Cod. Civ., la Società liquida agli aventi diritto la somma assicurata per il caso di morte, a condizione che:

- a) sia stata fatta denuncia del sinistro alla Società entro 180 giorni da quello a cui risale l'ultima notizia dell'Assicurato;
- b) siano stati interrotti dagli aventi diritto i termini di prescrizione fissati dal Codice Civile;
- c) possa ragionevolmente desumersi dalla sentenza predetta che la morte è avvenuta per un evento indennizzabile ai sensi di polizza.

Ove si sia trattato di infortunio di cui alla Condizione Particolare "Rischio Volo", ove richiamata, valgono le disposizioni del Codice della Navigazione (Art. 838/211 e 212). 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. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari che dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta e degli interessi.

6. INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, un'indennità calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella All. 1 alla D.P.R. 30.06.1965 N. 1124, senza applicazione delle franchigie relative previste dal citato D.P.R.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella sopra richiamata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. In caso di accertato mancinismo, le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro, e viceversa.

7. RIMBORSO SPESE DI CURA

La Società autorizza il rimborso delle spese di cura rese necessarie da infortunio indennizzabile ai sensi della polizza e sostenute per onorari medici e chirurgici, per rette di degenza in istituto di cura, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, accertamenti diagnostici, terapie fisiche, medicinali, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), trasporto in autoambulanza all'istituto di cura o all'ambulatorio.

L'onere a carico della Società per le spese relative alle terapie fisiche, ai medicinali ed alle cure termali non può superare € 1.550,00 per sinistro, per anno e per Assicurato.

Sono escluse dall'assicurazione le spese relative all'acquisto, alla manutenzione ed alla riparazione di apparecchi protesici e terapeutici nonché quelle relative alle cure dentarie.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi, fino a concorrenza di un massimo di € 2.000,00 per sinistro e anno assicurativo. Il rimborso verrà effettuato con l'applicazione di una Franchigia pari a € 75,00 per evento Annuo

Se l'Assicurato fruisce di assistenza sanitaria sociale, la garanzia, fino alla concorrenza della somma assicurata, è prestata per la parte di spesa non sostenuta dall'Ente assistenziale.

8. INDENNITA' GIORNALIERA DI INGESSATURA

Se in conseguenza dell'infortunio all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società liquida un'indennità giornaliera nella misura specificata nell'Certificato di Polizza a partire dal decimo giorno successivo alla data di applicazione per un periodo massimo di giorni 45 fino alla rimozione del gesso o del mezzo immobilizzante.

9. MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi del precedente Art. 1.7, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, le Parti si obbligano a 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 avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

Resta inteso che è comunque facoltà delle Parti rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

10. TERMINE DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte, non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;
- b) in caso di invalidità permanente, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle Parti in merito al grado di invalidità;
- c) in caso di inabilità temporanea, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle Parti in merito all'importo dovuto.

11. DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 Cod. Civ. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Si richiamano come operanti tutte le "Condizioni" e le "Esclusioni" di polizza, per le Parti qui non espressamente derogate.

1. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore degli Assicurati indicati nel Frontespizio di polizza.

2. SOMME ASSICURATE E/O MULTIPLI DELLE RETRIBUZIONI

Le somme assicurate e/o i multipli delle retribuzioni sono indicate/i nel Frontespizio di polizza.

3. FRANCHIGIA INVALIDITA' PERMANENTE

La liquidazione degli infortuni con postumi di invalidità permanente verrà fatta con le seguenti modalità:

Non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando la stessa sia di grado pari o inferiore al 7% della totale; se l'invalidità permanente supererà il 7 % della totale, verrà corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale la Società liquiderà l'indennità dovuta senza deduzione di alcuna franchigia.

4. ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITA', MUTILAZIONI O DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'Art. 1.7 della Sezione A, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione, o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 4 della Sezione A.

5. RINUNCIA ALLA DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denuncia di altre assicurazioni.

6. SINISTRI CATASTROFALI

A parziale deroga dell'Art. 1.4.i.) della Sezione A, sono compresi in garanzia anche gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e straripamenti. In questi casi, e nel caso di evento che provochi infortunio contemporaneamente a più persone assicurate, **la massima esposizione della Società non può superare € 6.000.000,00 tra questa e altre polizze che gli Assicurati avessero in corso con l'infrascritta Società, fermo l'Art. 1.3.p) della Sezione A.**

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, le indennità spettanti saranno proporzionalmente ridotte.

7. RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'Art. 1.4.i.) della Sezione A, sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non) o insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se e in quanto gli Assicurati risultino sorpresi dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trovano all'Estero, restando esclusi gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

8. RISCHIO VOLO

8.1 L'assicurazione é estesa agli infortuni subiti dagli Assicurati quali passeggeri trasportati su velivoli a motore **autorizzati all'esercizio di traffico aereo civile**, anche se i velivoli sono di proprietà di ditte o privati, purché condotti da piloti regolarmente abilitati, o su velivoli a motore militari impiegati per il trasporto di passeggeri o civili in occasione di voli su territori dotati di regolare assistenza al traffico aereo.

8.2 Qualora più Assicurati utilizzino il medesimo velivolo e la somma assicurata complessiva determinata dall'addizione delle somme previste per i singoli Assicurati superi € 2.500.000,00 per il caso morte e € 3.000.000,00 per il caso di invalidità permanente assoluta, va dato avviso alla Società almeno tre giorni prima dell'inizio del volo. In mancanza di copertura aggiuntiva da parte della Società per le somme che superino gli importi suindicati, tali importi valgono come esborso massimo a carico della Società e verranno ripartiti tra i singoli Assicurati in proporzione delle somme assicurate previste in polizza.

9. DANNO ESTETICO

Qualora l'infortunio abbia cagionato un danno di carattere estetico e **lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto**, la Società riconoscerà il rimborso delle spese di natura medica sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno, **fino a concorrenza di € 2.600,00 per evento ed anno**.

10. ESTENSIONE DELLA GARANZIA ALLE ERNIE DA SFORZO

L'assicurazione è estesa, **limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea (sempreché quest'ultima sia prevista dal contratto)**, alle ernie da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea fino ad un massimo di 30 giorni, sempreché in polizza sia prevista un'indennità per l'inabilità temporanea;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione é rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 8 della Sezione A.

11. ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, sommersione, naufragio, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.



HDI Global SE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via F. Russoli 5 - 20143 Milano

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI:

Ai sensi dell'art. 13 e del Titolo IX del DLGS 30.06.2003 N. 196 (in seguito denominata LEGGE) ed in relazione ai dati personali comuni e sensibili (di seguito definiti DATI PERSONALI) che si intendono trattare, La/Vi informiamo di quanto segue:

1) FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Il trattamento

- a) E' diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) Può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della Società stessa

2) MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- a) E' realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), della Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- b) E' effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) E' svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e da soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento nonché da società di servizi, in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento;

3) CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- a) Obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad es., antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- b) Strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla liquidazione dei sinistri
- c) Facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso.

4) RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali

- a) Nei casi di cui al punto 3), lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri;
- b) Nel caso in cui al punto 3), lett. c) non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato.

5) COMUNICAZIONE DEI DATI

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1) lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti ed autofficine; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo;

IVASS, Ministero dell'Industria, del commercio dell'Artigianato; CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria ed ai competenti Uffici dell'Autorità legislativa, amministrativa e di controllo della Repubblica Federale Tedesca.

b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1), lett. b), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il titolo II della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: la Società firmataria della presente informativa nella persona del legale rappresentante.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa di cui sopra ed ai sensi degli articoli 20-23-24-26-37-43-44-4576 e del Titolo IX del DLGS 30.06.2003 N. 196,

ACCONSENSO/IAMO

- al trattamento dei dati personali sia comuni che sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con al Società assicuratrice;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) della medesima informativa o obbligatori per legge, restando stabilito che per agente, subagente, produttore d'agenzia, mediatore di assicurazione, qui si intende unicamente l'intermediario cui ho/abbiamo affidato la gestione dei nostri rapporti assicurativi
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE ed extra UE)

.....**ACCONSENSO/IAMO ()**

- al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b) della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi (Paesi UE ed extra UE)

(ove l'interessato non intenda dare il proprio consenso a questa parte, si prega di scrivere NON prima della parola acconsento/acconsentiamo)

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

L'INTERESSATO _____

HDI

Il Contraente / Assicurato dichiara di avere preso visione della presente Nota Informativa, comprensiva del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione, costituenti il Fascicolo Informativo "Contratto di Assicurazione Infortuni - Ed. N. 03/2017".

Milano, 29/03/2017

per presa visione

IL CONTRAENTE / ASSICURATO

(timbro e firma del Contraente / Assicurato)

HDI

DATA ULTIMO AGGIORNAMENTO: 24/03/2017

Contratto di Assicurazione Infortuni - Ed. N. 03/2017

HDI Global SE
Sede in Hannover (Germania)
Capitale Sociale Euro 125.000.000
di cui versato Euro 125.000.000
www.hdi.global

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Franco Russoli, 5 - 20143 Milano
Tel. +39 02 831131
Registro Imprese di Milano n.03295070159
R.E.A. n.827040
Codice Fiscale/Partita IVA 03295070159

Impresa autorizzata all'esercizio
delle Assicurazioni con Decreto del
Ministero dell'Industria, del Commercio
e dell'Artigianato del 05/07/1973
(G.U. 31/07/1973 n.196)

Questionario Assuntivo Polizza Infortuni Avvocati HDI

DATI CONTRAENTE ASSICURATO

Nome e Cognome (singolo contraente) _____

Indirizzo (Via, Cap, Comune, Prov) _____

C.F. (non accettiamo Partita Iva) _____

E-mail _____ Telefono _____

Data di decorrenza richiesta: _____

NB: IN CASO DI STUDIO ASSOCIATO OGNI SOGGETTO PER IL QUALE E' RICHIESTA COPERTURA DOVRA' PROVVEDERE PERSONALMENTE ALLA STIPULA DELLA POLIZZA

Morte	Invalidità permanente	Rimborso spese mediche	Premio lordo annuo
Euro 100.000,00	Euro 100.000,00	Euro 2.000,00	Euro 80,00

Invalidità permanente: tabella INAIL franchigia 7% assorbibile al 10%

Rimborso spese mediche franchigia € 75,00 per evento Annuo

Diaria giornaliera da inabilità temporanea: € 50,00

INABILITA' TEMPORANEA

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- 1) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni
- 2) al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea, che è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica, decorre dal giorno successive a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successive a quello della denuncia e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Art. 7 delle Condizioni Generali e dall'Art. 3 Sezione A, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Detta indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio.

NOTA PER IL PROPONENTE/FIRMATARIO

U.I.A. srl si impegna a garantire la massima riservatezza relativamente alle informazioni contenute nel presente modulo proposta che non è vincolante in alcun modo sia per il proponente/firmatario sia per le persone assicurate che per l'assicuratore, ma qualora le parti addivengano alla sottoscrizione della polizza in oggetto, il modulo proposta ed il precedente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA verranno considerati come "base" per la stipula della polizza stessa.

"Codice della Privacy" (Art. 13 del D.LGS. n. 196/03) - Vi informiamo che il "trattamento" dei "dati personali" e "sensibili" riferito a Voi od eventualmente a persone di cui Vi avvalete nell'espletamento della Vostra attività, è diretto esclusivamente allo svolgimento dell'attività di mediazione assicurativa di cui al D.LGS. 209/2005. Detto "trattamento" potrà da noi essere effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici. Nel confermarVi che i "dati personali" non sono soggetti a diffusione, ma potranno essere soggetti a "trasferimento", Vi precisiamo che il "responsabile" del "trattamento" è U.I.A. srl con l'ausilio anche di Società ad essa collegate. La sottoscrizione del presente QUESTIONARIO/MODULO DI PROPOSTA è da intendersi quale "assenso" scritto al "trattamento" dei suddetti dati.

Data e Luogo

l'Assicurato o il Contraente

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione dei documenti componenti il Fascicolo Informativo come previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento n. 35 dell'Ivass.

Data e Luogo

l'Assicurato o il Contraente