

Assicurazione contro i danni

**Polizza Infortuni degli psicologi associati alla
Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani**

Polizza n. 501617286

Effetto: 31.10.2021

Scadenza: 31.10.2022

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 621 – CAMPI 31.10.2022

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3, 20145 Milano - Tel. +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, Reg. Imprese MI n.05032630963 – Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320 –
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE -

Servizio Clienti



GLOSSARIO

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Società: l'impresa assicuratrice;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Attestato di copertura: il documento contrattuale contenente i dati della copertura assicurativa.

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Ricovero: degenza comportante pernottamento in istituto di cura

Day Hospital: il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Infortunio professionale: l'infortunio, come sopra definito, verificatosi durante lo svolgimento, da parte dell'assicurato, delle attività (principali e secondarie) professionali di psicologo o psicoterapeuta, nonché durante lo svolgimento del tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi, comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e delle altre attività previste dalla normativa vigente;

Infortunio extraprofessionale: l'infortunio, come sopra definito, verificatosi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

Invalidità permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

Convalescenza: periodo che succede alla fine del ricovero o della gessatura, durante il quale si ristabilisce progressivamente la normale funzione dei vari organi ed apparati;

Gessatura: mezzo di contenzione fisso e rigido applicato a titolo curativo di lesioni traumatiche, costituito da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio immobilizzante alcune parti del corpo, inamovibile autonomamente da parte dell'Assicurato.

Rientrano nella definizione di apparecchi immobilizzanti: docce e valve gessate, bendaggi Desault, bendaggi in sindattilia stecca di Zimmer e simili (solo per frattura radiologicamente accertata), ginocchiera Donjoy (solo per frattura radiologicamente accertata o per rottura completa del legamento del ginocchio), apparecchi di trazione cranica (tipo Halo).

Non rientrano nella definizione invece: collari di Shantz, Camp e simili.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: La Convenzione è riservata agli iscritti all'Ordine degli psicologi associati alla Contraente ed opera anche per le attività indicate nella definizione di infortunio professionale.

AVVERTENZA: Le Condizioni di Assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dall'associato; si precisa che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione della disciplina ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dall'associato.

INDICE METODOLOGICO

- 1 Definizioni (Integralmente contenute nel glossario)
- 2 Condizioni Generali di Assicurazione
- 3 Norme relative all'Assicurazione Infortuni
- 4 Condizioni Particolari
- 5 Clausola Broker

1	Definizioni
---	-------------

Le definizioni di polizza sono integralmente contenute nel Glossario

2	Condizioni Generali di Assicurazione
---	--------------------------------------

Art.2.1 - 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 del Codice civile.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

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

Art. 2.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 2.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 2.5 - Diminuzione del rischio

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

Art. 2.6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può far cessare l'assicurazione - anche parzialmente - o recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. In tal caso essa, entro quindici giorni dalla data di efficacia della cessazione o del recesso, rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto dell'imposta.

Art. 2.7 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione (limitatamente al rapporto tra Contraente e Società)

In mancanza di disdetta spedita, da una delle Parti, mediante lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 2.8 - Oneri fiscali

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

Art. 2.9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, gli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 3.1 Oggetto dell'Assicurazione

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente per i propri Associati che abbiano richiesto la copertura iscritti all'Albo degli Psicologi o frequentanti strutture pubbliche o private per il tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e per le altre attività previste dalla normativa vigente.

La garanzia è prestata per gli infortuni che essi subiscano nello svolgimento delle attività professionali ed extraprofessionali previste a seconda dell'alternativa di copertura prescelta.

Le alternative di garanzia/massimali e relativi premi lordi tra le quali possono optare sono:

A - infortuni professionali ed extraprofessionali

a1) Morte, € 100.000,00 / Invalidità Permanente, € 130.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 78,00 premio € 76,00
a2) Morte, € 100.000,00 / Invalidità permanente, € 130.000,00 / Diaria, € 60,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 144,00 premio € 143,00
a3) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 187,00 premio € 179,00
a4) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 / Diaria, € 120,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 311,00 premio € 303,00

oppure:

B - infortuni professionali (esclusi extraprofessionali)

b1) Morte, € 100.000,00 / Invalidità Permanente, € 130.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 41,00 premio € 44,00
b2) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 101,00 premio € 104,00

Art. 3.2 – Operatività della garanzia

Fermo quanto indicato all' Art. 2.2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, la garanzia per ciascun Assicurato decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del contributo versato mediante conto corrente postale, carta di credito e/o bonifico bancario anche via internet al Contraente e da esso evidenziato nei libri amministrativi (elenco assicurati) che costituiscono l'unica valida prova della copertura. La garanzia termina per tutti alla data di scadenza annua contrattuale, come risultante dall'Attestato di copertura.

In caso di rinnovo la garanzia in mancanza di pagamento del contributo dovuto non è operante dalle ore 24 del 15esimo giorno successivo a quello della scadenza annua.

Art. 3.3 - Rischi compresi e precisazioni

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se derivanti da:

- colpa, imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per solidarietà umana e per legittima difesa;
- atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o altri atti violenti, a condizione che l'assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni.

Inoltre, l'assicurazione comprende:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di calore o di sole o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi e punture di animali (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari);
- le lesioni determinate da sforzi, rimanendo comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche;
- le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per tale titolo;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al Collegio Medico.

Art. 3.4 - Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati, in qualità di passeggero, esclusivamente su velivoli o elicotteri adibiti a trasporto pubblico o privato passeggeri, da chiunque eserciti. La salita e la discesa dall'aeromobile fanno parte del rischio volo.

L'assicurazione del rischio volo concessa nei limiti di cui sopra vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a insurrezioni o, salvo quanto previsto di seguito, a guerra anche non dichiarata.

Art. 3.5 - Rischio guerra

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero, in un paese sino ad allora in pace e purché tali infortuni non si verifichino nei territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Art. 3.6 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei o di aeromobili, salvo quanto previsto sopra circa il rischio volo, nonché la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci, nonché dall'uso di allucinogeni;
- c) atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- d) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche;
- f) guerra e insurrezioni in genere, salvo quanto previsto all'Art. 3.5 "Rischio guerra".

Art. 3.7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali se ne è stata richiesta la copertura che l'assicurato subisca nel mondo intero.

Art. 3.8 - Persone non assicurabili – Limite di età

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

L'eventuale incasso del premio in presenza delle condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

Non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80esimo anno di età.

Art. 3.9 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro *trenta* giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art.1913 Cod. Civ.

L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art.1915 Cod. Civ.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico.

Il contraente o l'assicurato deve altresì:

- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi alla società;
- dare immediato avviso telegrafico alla società se l'infortunio ha cagionato la morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura.

L'assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'assicurato.

Art. 3.10 - Criteri di indennizzabilità

La Società 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 riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella" prescelta per la liquidazione dell'indennità spettante sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Art. 3.11 - Prestazione per il caso di morte - Morte presunta

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte - se superiore - e quella già pagata per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 3.12 - Prestazione per il caso di invalidità permanente

L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, sulla base delle percentuali previste dalla Tabella INAIL, già allegata al DPR. 30 giugno 1965, n. 1124 e viene corrisposta in conformità al precedente Art. 3.10 "Criteri di indennizzabilità". L'indennità è liquidata in contanti e non sotto forma di rendita e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla Tabella INAIL contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopracitata, l'indennizzo è stabilito con riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 3.13 - Franchigia per invalidità permanente

L'indennità liquidabile è soggetta all'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, nel senso che non si farà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale, mentre se la stessa risulterà superiore al 3% l'indennità verrà corrisposta per la sola eccedenza.

Si conviene inoltre che, qualora l'indennità permanente accertata superi il *10% della totale*, l'indennità verrà corrisposta senza applicazione di alcuna franchigia e che, qualora l'invalidità permanente accertata superi il *50% della totale*, verrà corrisposto, a titolo di indennizzo, il 100% del capitale assicurato.

Art. 3.14 - Prestazioni per la diaria giornaliera da Ricovero, Convalescenza e Gessatura

Nel caso di Ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'importo della diaria assicurata:

- a) per ogni giorno di Ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione;
- b) per la Convalescenza successiva al ricovero, per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa;
- c) qualora l'infortunio abbia comportato Gessatura, la Società corrisponde inoltre l'importo della diaria assicurata per tutto il periodo della Gessatura stessa ma con una durata massima di 180 (centottanta) giorni. L'indennità di Gessatura è cumulabile con quelle di Ricovero e di Convalescenza ma, in questo caso, il periodo di Convalescenza indennizzabile non potrà eccedere il periodo di Gessatura. Il caso di Convalescenza successiva a Gessatura è indennizzabile anche in assenza di Ricovero.

Indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo, secondo il quale, sin dalla prima diagnosi, non è ritenuta necessaria o applicabile la gessatura come prevista dalle definizioni, viene riconosciuta all'Assicurato la diaria da gessatura per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo. Per la frattura completa di costola l'indennità è riconosciuta per un periodo non eccedente i 15 giorni, mentre alcuna indennità è riconosciuta per la frattura delle ossa nasali.

Le indennità di cui ai suddetti punti, verranno corrisposte previa esibizione della relativa probatoria documentazione e solo se ne è stata richiesta la copertura, esclusivamente per infortuni professionali ed extra professionali.

Art. 3.15 - Rimborso spese mediche da infortunio

A richiesta dell'Assicurato e contro versamento del relativo premio, la Società rimborsa all'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese mediche sostenute per:

- analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche specialistiche (con esclusione di sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro;
- in caso di ricovero in struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di camera operatoria, materiali di intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento, con l'esclusione di protesi posizionate anteriormente al sinistro);
- spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato.

Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato è effettuato: a cura ultimata, per le prestazioni mediche effettuate entro 18 mesi dalla data di avvenimento dell'infortunio, fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 7.500,00 per anno assicurativo e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.

La presente garanzia può essere concessa esclusivamente in abbinamento alle opzioni di assicurazione degli infortuni professionali ed extraprofessionali.

Il premio lordo annuo integrativo base sarà di euro 45,00 per persona, per le adesioni del primo semestre, e di euro 27 per le adesioni del secondo semestre.

Art. 3.16 - Valutazione del danno

L'ammontare del danno è determinato direttamente dall'Impresa - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni Parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 3.17 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 3.18 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta ed entro 30 giorni provvede al pagamento.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in euro.

Art. 3.19 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del Codice civile, l'Assicurato è esonerato dal dare avviso alla Società di eventuali altre assicurazioni contratte per il medesimo rischio.

Art. 3.20 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 3.21 - Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge

Ai fini della presente assicurazione è influente qualsiasi obbligo dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

Art. 3.22 - Regolazione del premio

Il contraente entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza di ogni semestralità, deve comunicare alla Società i dati relativi agli Assicurati entrati nel rischio nel periodo precedente completi di:

- Nome e cognome
- Indirizzo dello studio professionale o, in mancanza, del domicilio;
- Codice iscrizione;
- Alternativa di garanzia e di capitali prescelta;
- Eventuale coesistenza della copertura RC professionale;

La Società emette una appendice di regolazione del premio e la differenza dovuta deve essere versata dal contraente entro 15 giorni dalla comunicazione della Società.

Il premio è dovuto per intero per gli Assicurati che siano entrati nel rischio nel corso della prima semestralità, mentre è dovuto nella misura del 60% per gli Assicurati che siano entrati in copertura nella seconda semestralità di vigenza del contratto.

Il premio di rinnovo annuale della copertura, dovuto al 31.10. di ogni anno, è pari al 100% dell'importo risultante dall'applicazione dei parametri del premio stesso a tutti gli Assicurati garantiti a tale data, salvo le disdette validamente notificate dagli interessati, ma esso viene provvisoriamente anticipato e, una volta effettuati tutti i conteggi viene regolato, in via straordinaria, alla data del 31/12 di ogni anno, calcolando quanto dovuto per tutti gli Assicurati garantiti a tale data.

Art. 4.1 - Anticipi

L'Assicurato, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente; trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile calcolo dell'indennizzo definitivo.

Art. 4.2 - Rischi sportivi

Per quanto concerne i rischi sportivi valgono le seguenti condizioni:

1. La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico, salvo quanto precisato al punto 2.

L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante:

a) la pratica di alpinismo, sci-alpinismo (oltre il terzo grado della "Scala di Monaco" senza accompagnamento di guida/portatore patentati), atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), guidoslitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiaccio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentato, speleologia;

b) la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, rugby, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.

2. la garanzia non vale comunque per gli infortuni derivanti da:

-pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);

-pratica a titolo professionistico di sports in genere;

-partecipazione a gare e relative prove con veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura;

-partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Art. 4.3 - Limite catastrofale

Resta convenuto che in caso di evento:

-- che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 19.500.000,00;

-- qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 4.4 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà, fino ad un massimo di euro 8.000,00 (ottomila/00) per evento, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dall'evento, allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 4.5 – Recovery Hope

La Società riconosce a favore del Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

1) L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite.

2) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione da questa richiesta su tale stato.

3) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.

4) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo il verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.

5) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente, o a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente), effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta

Art. 4.6 – Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 3.8 - Persone non assicurabili - Limiti di età, in caso di contagio da virus HIV o dell'epatite B o C avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività assicurata descritta in polizza in conseguenza di:

- aggressioni subite dall'assicurato
- puntura o ferita occasionale da oggetto infetto da virus
- trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza
- contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito delle strutture frequentate dall'assicurato a soggetti già portatori del virus

la Società assicura l'indennizzo pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'Assicurazione le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato a pena di nullità esclusivamente secondo la procedura di accertamento stabilita al punto che segue.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV o dall'epatite B o C a causa di un evento accidentale come descritto al punto che precede deve darne avviso scritto al broker che gestisce il contratto entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata al broker una descrizione dettagliata dell'evento certificata dall'Ente presso il quale si è verificato il fatto accidentale. Entro 6 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test per le patologie assicurate presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione prevista al punto che precede cessa nei suoi confronti. In caso di sieronegatività entro i successivi 180 giorni l'assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test presso lo stesso ospedale o istituto di cura pubblico o privato. La Società riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio ove certificato dal secondo test immunologico liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione. Tutte le spese mediche relative ai test sono a carico dell'Assicurato, tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione al momento di sottoporsi al test immunologico.

In relazione ai rischi descritti al punto che precede ed alla procedura di accertamento della sieropositività si conviene che:

in caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in strutture sanitarie) l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;

l'aggressione deve risultare da denuncia anche contro ignoti all'autorità competente; in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico l'assicurato è esonerato dal primo test restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa costituirà corredo necessario della pratica di sinistro.

5	Clausola Broker
---	-----------------

Art. 5.1- Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio B.I.A. Srl - Brokeraggio Italiano Assicurativo, Viale Carso 12 00195 Roma – tel. +39 06 37351000 – 06 36 11 940 – Fax +39 06 36 10 351 - e-mail: info@biabrokers.com, e di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il relativo pagamento verrà effettuato dalla Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Società; resta, pertanto, intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'art. 1901 del Codice civile, del pagamento effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal contraente e, parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.