

ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

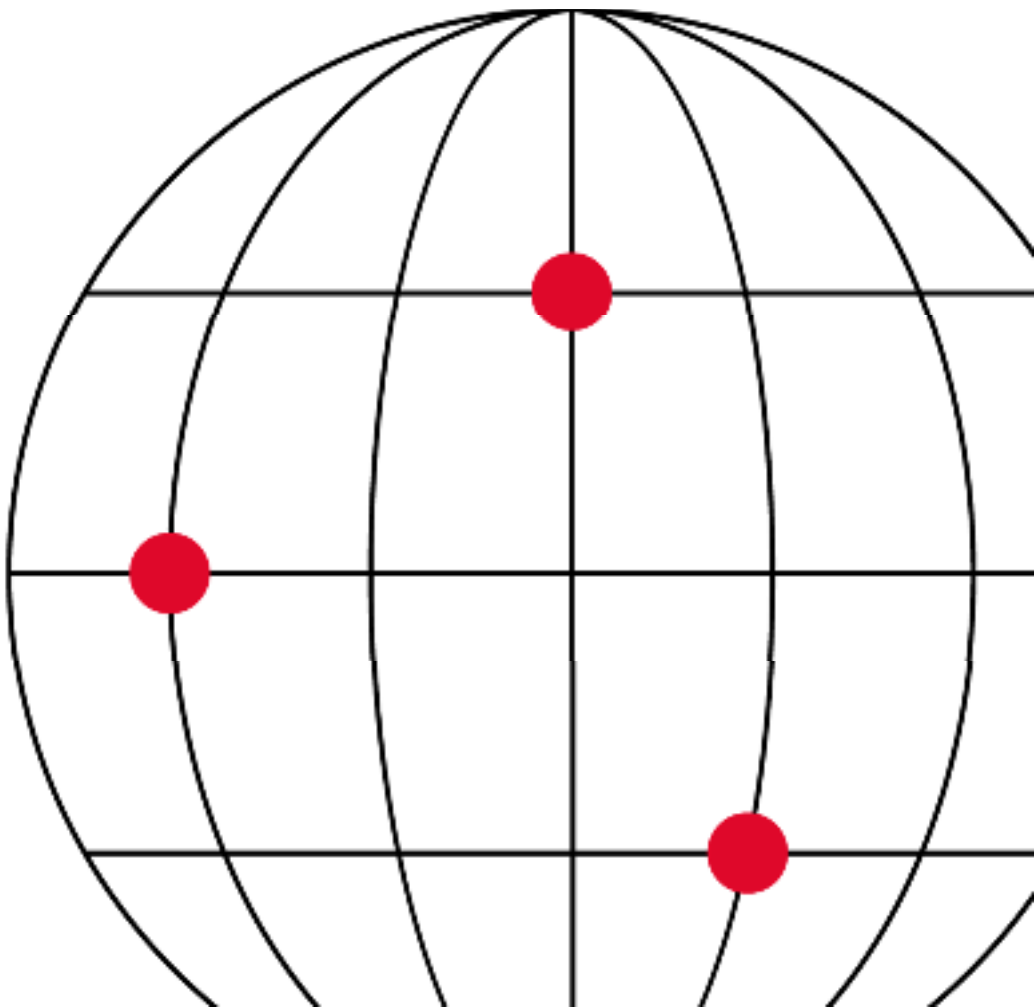
Employee Protection

Il presente Set Informativo, formato dai seguenti documenti:

- *DIP*
- *DIP Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione (comprehensive del Glossario)*

viene consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

data ultimo aggiornamento: 02.2026



Assicurazione Infortuni e Malattia



DIP - Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: SI Insurance (Europe), SA. Sede legale: Lussemburgo, Avenue Monterey 40, L-2163, Granducato del Lussemburgo - Capitale sociale Euro 30.006 i.v. - Sede Secondaria in Italia: Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano - P.I. e C.F. 10376860960 - R.E.A. n. MI-2694493. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00150. Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge Lussemburghese e soggetta al controllo del Commissariat aux Assurances.

Prodotto: Employee Protection

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza destinata alle aziende a copertura degli infortuni subiti dai dipendenti nell'espletamento delle mansioni professionali e non professionali e dell'invalidità permanente in conseguenza di malattia.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio
 - ✓ Invalidità permanente da infortunio
- Sono inoltre sempre incluse le seguenti coperture:
- Rischio guerra
 - Rischio volo fino a € 15.000.000
 - Rimborso spese mediche da infortunio fino a € 5.000
 - Danni estetici fino a € 5.000
 - Spese funerarie fino a € 7.500
 - Rimpatrio della salma fino a € 2.500
 - Malattie professionali per Dirigenti
 - Diaria da coma conseguente a infortunio per € 100 al giorno per massimo 365 giorni
 - Malattie tropicali
 - Responsabilità della Contraente
 - Commorienza del coniuge fino a € 50.000
 - Ustioni di 2° o 3° grado
 - Costi di assistenza psicologica fino a € 5.000
 - Costi di comunicazione in caso di evento dannoso rilevante fino a € 25.000
 - Lenti e occhiali fino a € 250
 - Cure dentarie fino a € 250
 - Figli a carico
 - Ristrutturazione dell'abitazione fino a € 15.000
 - Riconversione dell'autoveicolo fino a € 15.000
 - Riabilitazione fino a € 20.000
 - Riqualficazione professionale fino a € 5.000
 - Spese di nuova assunzione fino a € 2.500
 - Costi di sostituzione del dipendente deceduto per 90 giorni fino a € 500 a settimana e 6.000 per infortunio
 - Costi di salvataggio e ricerca fino a € 25.000



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni e malattie derivanti 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.)
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o da Contraente
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da abuso di alcol alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari o derivanti dall'Evento dannoso
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da guerra, guerra civile, insurrezioni, invasioni riguardanti Italia, Città del Vaticano, San Marino
- ✗ Patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile (come ad esempio Coronavirus - COVID -19).



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'assicurazione esclude persone affette da tossicodipendenza o alcolismo, persone di età superiore a 85 anni compiuti (65 anni per le garanzie aventi ad oggetto il verificarsi di una malattia)
- ! L'indennizzo è soggetto all'applicazione di franchigie specifiche, concordate in fase di stipula della polizza e indicate nella proposta formulata dall'assicuratore
- ! L'assicurazione esclude i territori di Russia, Ucraina, Bielorussia e territori, aree geografiche, località o eventi per cui il ministero degli esteri, l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) o qualsiasi autorità del paese da cui o verso cui si viaggia abbia sconsigliato qualsiasi tipo di spostamento e/o soggiorno
- ! L'assicuratore non presterà alcuna copertura né sarà tenuto a pagare alcun sinistro e fornire alcuna prestazione se ciò possa esporlo a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da sanzioni economiche o commerciali o leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero ad esclusione di Russia, Bielorussia, Ucraina.



Che obblighi ho?

- Alla stipula della polizza, fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e riportare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'assicuratore
- Pagare il premio senza ritardo prima della decorrenza del periodo assicurativo
- Durante il periodo assicurativo, comunicare immediatamente all'assicuratore o all'intermediario assicurativo ogni eventuale modifica del rischio assicurato
- In caso di sinistro derivante da infortunio, inviare comunicazione scritta tramite e-mail o PEC entro 15 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, indicando il luogo, giorno ed ora dell'evento e allegando un certificato di un medico comprovante l'infortunio. Nel caso di Inabilità temporanea da infortunio, i certificati dovranno essere rinnovati e spediti alle rispettive scadenze. Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato, l'Assicuratore deve essere informato entro le 24 ore successive tramite email o lettera raccomandata o telegramma
- In caso di malattia da cui secondo parere medico possa derivare un'invalidità permanente indennizzabile, inviare comunicazione scritta entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato di un medico e comunque non oltre 1 anno dalla cessazione della polizza
- Se il premio è soggetto a regolazione a scadenza, trasmettere i dati consuntivi entro 60 giorni dalla fine del periodo di assicurazione e pagare il premio di regolazione entro 30 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato tramite bonifico bancario direttamente all'assicuratore oppure per il tramite dell'intermediario assicurativo. Il pagamento deve essere effettuato una volta all'anno in un'unica soluzione prima dell'inizio del periodo assicurativo.

La polizza può essere stipulata in forma "a premio fisso" o in forma "a premio anticipato con regolazione"; nel secondo caso, oltre al premio da pagare prima della decorrenza, vi sarà l'obbligo di pagare il premio di regolazione entro 30 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione da parte dell'assicuratore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura termina con la scadenza del periodo assicurativo.

La polizza prevede inoltre la possibilità di interrompere il contratto in caso di sinistro, nel qual caso, se tale possibilità viene esercitata, la copertura termina dopo 30 giorni dalla comunicazione scritta di recesso.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il rinnovo tacito alla scadenza. Per impedire il rinnovo è necessario spedire comunicazione scritta tramite raccomandata AR o PEC entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza. Inoltre la polizza prevede la possibilità di recedere dall'assicurazione in caso di sinistro, esercitabile entro 60 giorni dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo tramite comunicazione scritta inviata con raccomandata AR o PEC.

Assicurazione Infortuni e Malattia

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



Prodotto: Employee Protection

Data dell'ultimo aggiornamento: 02/2026. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Scopo

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

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

Società

SI Insurance (Europe), SA è un'impresa di assicurazione di diritto lussemburghese facente parte del Gruppo Sompo International, la cui capogruppo è Sompo International Holding Ltd. (Bermuda). SI Insurance (Europe), SA ha sede legale nel Granducato di Lussemburgo in Avenue Monterey 40, L-2163 Lussemburgo (tel. +35227872606; sito internet: <https://www.sompo-intl.com>; e-mail: siie@legalmail.it, PEC: siie@legalmail.it), è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge lussemburghese ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances. SI Insurance (Europe), SA è autorizzata ad operare in Italia sia in regime di libera prestazione di servizi che in regime di stabilimento tramite la sede secondaria di Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano (tel.+39028057150; sito internet: <https://www.sompo-intl.com/insurance-geography/continental-europe/italy>; email: info.italia@sompo-intl.com; PEC: siie@legalmail.it) ed è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS rispettivamente al n° II.01541 e n° I.00150. Il contratto di assicurazione sarà concluso in regime di stabilimento tramite la sede secondaria italiana. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato al 31/12/2024, il patrimonio netto della società ammonta a €199.628.000, mentre il risultato economico registra una perdita di €32.166. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 164,8%. Per ulteriori informazioni consultare la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.sompo-intl.com/about-us/enterprise-risk-management/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Estensioni di copertura facoltative, operanti solo se specificamente concordate con l'assicuratore in fase di stipula della polizza, con eventuale pagamento di un premio aggiuntivo:

- ✓ Invalidità permanente da malattia insorta successivamente alla data di decorrenza dell'assicurazione e manifestatasi non oltre 1 anno dalla sua cessazione (richiesto questionario anamnestico). In caso di malattia che abbia per conseguenza una invalidità permanente di grado non inferiore al 25%, viene liquidata un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base ad una percentuale variabile tra l'1% (in caso di invalidità permanente accertata del 25%) e il 100% (in caso di invalidità permanente accertata oltre il 66%).
- ✓ Diaria per inabilità temporanea da infortunio per massimo 365 giorni in misura pari al 100% per tutto il tempo in cui l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua occupazione abituale e in misura del 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte la sua occupazione abituale, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica
- ✓ Diaria per ricovero da infortunio per massimo 120 giorni (importo da concordare in fase di stipula della polizza)
- ✓ Indennità da gessatura per massimo 30 giorni ((importo da concordare in fase di stipula della polizza)

L'assicuratore indennizza il danno coperto dalla polizza fino ad un importo massimo concordato in fase di stipula della polizza (c.d. limite di indennizzo/massimale). Il limite di indennizzo rappresenta l'importo massimo pagabile dall'assicuratore.

Le estensioni di copertura vengono prestate entro specifici sottolimiti di indennizzo, concordati con l'assicuratore in fase di stipula della polizza. Il sottolimito è parte del limite di indennizzo/massimale e non in aggiunta.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi



Per garanzie "Rischi sportivi" e "Mezzi speciali": danni derivanti dalle attività ricreative escluse e per le quali l'Assicurato percepisce una qualsiasi somma pecuniaria (anche a titolo di compenso

	o rimborso spese) ✗ Per garanzia "Danni estetici": spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, fatto salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la copertura vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate direttamente o indirettamente derivanti da: guerra, invasione, ostilità, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, confisca, nazionalizzazione, requisizione, sequestro, distruzione ordinata dalle autorità, tumulti popolari, scioperi, serrate, sommosse ✗ Per garanzia "Lenti e occhiali" e "Cure dentarie": richieste di rimborso correlate a cure e visite oculistiche preventive o di controllo; richieste di rimborso correlate a cure o visite dentistiche preventive o di controllo, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo le devitalizzazioni ✗ Per garanzia "Invalidità permanente da malattia": invalidità permanenti preesistenti; invalidità permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni, trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, dolo dell'Assicurato o del Contraente, malattie professionali ✗ Per garanzia "Diaria da ricovero da infortunio": ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza; ricoveri determinati da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni, cure e da interventi per la eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie
--	---



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo non sarà superiore a € 15.000.000
- ! La garanzia "Invalidità permanente da malattia" non prevede indennizzo per invalidità accertata di grado pari o inferiore al 24,99%
- ! Il massimale delle garanzie "Lenti e occhiali" e "Cure dentarie" è unico
- ! L'indennizzo per le spese della garanzia "Ristrutturazione dell'abitazione" e per quelle della garanzia "Riconversione dell'Autoveicolo" sono fra loro cumulabili fino ad un importo massimo complessivo per singolo Assicurato pari al 15% della somma assicurata per invalidità permanente da infortunio, con applicazione di un massimale pari a € 15.000)
- ! La garanzia "Invalidità permanente da malattia" non è cumulabile con quella di "Invalidità Permanente da infortunio" qualora le invalidità permanenti derivino dal medesimo evento dannoso
- ! La garanzia "Inabilità temporanea da Infortunio" non è cumulabile con le garanzie "Diaria da ricovero da Infortunio", "Indennità da Gessatura" e "Diaria da coma da Infortunio". La garanzia "Inabilità temporanea da Infortunio" non è cumulabile con le garanzie "Diaria da ricovero da Infortunio" e "Indennità da Gessatura" e "Diaria da coma da Infortunio". La garanzia "Diaria da ricovero da Infortunio" non è cumulabile con le garanzie "Inabilità temporanea da Infortunio", "Indennità da Gessatura" e "Diaria da coma da Infortunio". La garanzia "Indennità da Gessatura" non è cumulabile con le garanzie "Diaria da ricovero da Infortunio", "Inabilità temporanea da Infortunio" e "Diaria da coma da Infortunio". La garanzia "Lenti e occhiali" non è cumulabile con la garanzia "Cure dentarie". La garanzia "Cure dentarie" non è cumulabile con la garanzia "Lenti e occhiali". La garanzia "Ristrutturazione dell'abitazione" non è cumulabile con la garanzia "Riconversione dell'autoveicolo". La garanzia "Riconversione dell'autoveicolo" non è cumulabile con la garanzia "Ristrutturazione dell'abitazione". In tali casi, l'Assicuratore rimborserà esclusivamente l'indennizzo più alto tra quelli di cui l'Assicurato avrebbe diritto
- ! Con riferimento alle ernie addominali traumatiche, nel caso in cui l'ernia anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale; se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta una Diaria per il caso di inabilità temporanea, fino a 30 giorni successivi a quello dell'infortunio
- ! In caso di morte o invalidità permanente da attività temerarie vale a dire: a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il iii° grado della scala u.i.a.a.; speleologia effettuata in solitario; immersione con autorespiratore oltre i 18 mt di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia), si applica un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del massimale pari ad € 100.000, salvo che per gli assicurati aventi la qualifica di dirigenti per i quali non troverà applicazione il sottolimito
- ! In caso di morte o invalidità permanente causata da un infortunio occorso durante la pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo, si applica un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del massimale pari ad € 100.000.
- ! In caso di assicurazione delle attività extraprofessionali, in caso di morte o di invalidità permanente l'assicurazione si intende operante per gli infortuni occorsi all'assicurato durante la guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea, con l'applicazione di un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del massimale pari ad € 100.000,00
- ! In caso di invalidità permanente da infortunio, le percentuali indicate nella tabella al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali verranno diminuite come segue: la perdita anatomica o

funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito indicata nella tabella; la perdita anatomica o funzionale di qualunque altro dito delle mani o dei piedi è stabilita in 1/3 della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito indicata nella tabella. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità viene stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione specifica. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente all'infortunio

! Gli infortuni derivanti da veicolo terrestre o natante a motore sono coperti a condizione che l'assicurato, se alla guida, sia abilitato in conformità alle disposizioni di legge in vigore. L'assicurazione è inoltre valida solo se l'assicurato quanto alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a 1g/litro, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni



A chi è rivolto questo prodotto?

Società ed enti in generale che intendano coprire i propri dipendenti dai rischi di subire un infortunio.



Quali costi devo sostenere?

Il premio include i costi di intermediazione percepiti dall'intermediario assicurativo che gestirà il contratto di assicurazione. Per questo prodotto la quota parte percepita in media dagli intermediari è del 21%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto tramite posta a: Responsabile Compliance, SI Insurance (Europe), SA, 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, oppure tramite e-mail all'indirizzo: complaints@sompo-intl.com . Conferma della ricezione del reclamo verrà fornita per iscritto entro un termine non superiore a 10 giorni. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: +39 06 42133 206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it . È inoltre possibile presentare il reclamo all'Autorità di vigilanza lussemburghese competente: Commissariat aux Assurances, 11 rue Robert Stumper, 2557 - L-2557 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 22 69 11, e-mail: caa@caa.lu , sito web: www.caa.lu . Il modulo di reclamo è disponibile all'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf . In alternativa, se il reclamante è un consumatore, è possibile rivolgersi all'Ombudsman lussemburghese delle assicurazioni: Association des Compagnies d'Assurances (ACA), c/o Médiateur en Assurance, B.P. 448 - L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 44 02 89, email: mediateur@aca.lu , sito web: https://www.aca.lu/

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	oppure
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	- all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità dei ricorsi, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra informazione utile - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministero delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio, è possibile conferire mandato ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche

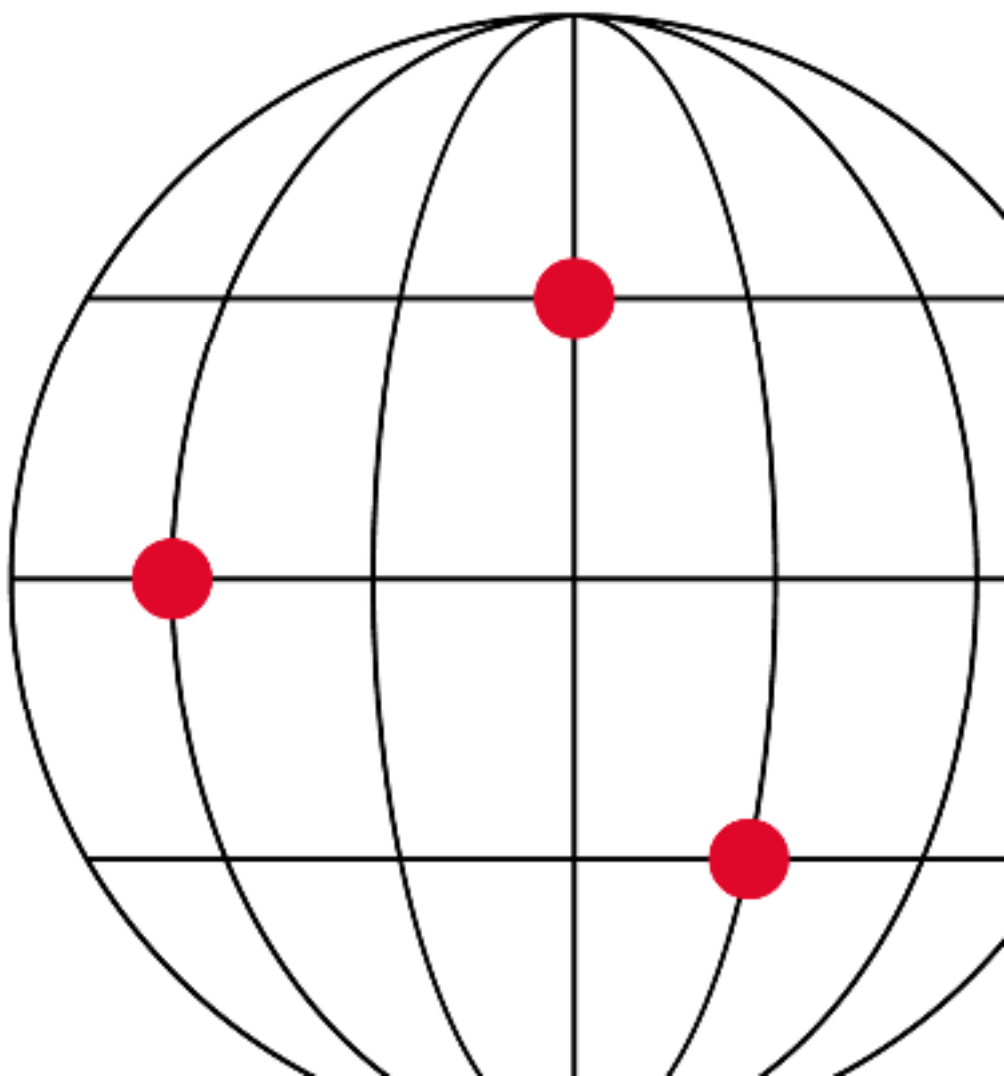
	se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. – Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per questa tipologia di rischio, il contratto è soggetto a oneri fiscali pari al 2,5% del premio imponibile. I premi pagati dalla società sono deducibili secondo i criteri stabiliti dalla normativa fiscale applicabile. I premi relativi agli infortuni professionali versati dall'azienda non costituiscono reddito imponibile per i dipendenti, ai sensi della normativa fiscale vigente.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica in merito a tale pregressa patologia). Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella consultabile sul sito internet dell'Impresa al seguente link: https://www.sompo-intl.com/wp-content/uploads/Informativa-diritto-oblio-oncologico.pdf.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'Impresa o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

EMPLOYEE PROTECTION

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

Condizioni di Assicurazione

GPA 0226 ITA (ITA)



EMPLOYEE PROTECTION

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

GPA 0226 ITA (ITA)

SET INFORMATIVO 02/2026

Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, vengono consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Si precisa che il Glossario ha valore contrattuale. Esso contiene l'elenco dei termini riportati in maiuscolo nelle Condizioni di Assicurazione, con la specifica definizione attribuita a ciascuno di essi.

Ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private), alle condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie oppure oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato è data particolare evidenza con l'uso del grassetto.

Al termine del documento sono inoltre allegate le seguenti informazioni:

1. Informativa Trattamento Dati Personali: descrive le modalità con cui i dati personali dell'assicurato vengono trattati e protetti dalla compagnia.
2. Informativa Reclami: contiene le informazioni necessarie per presentare un reclamo nei confronti della compagnia, inclusi i recapiti e le procedure da seguire per attivare l'Arbitro Assicurativo.

SI Insurance (Europe), SA

A wholly owned subsidiary of Sompo International Holdings Ltd.

Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Gae Aulenti, 6 – Piano 2, Palazzo E1 – 20124 Milano, Italia

sompo-intl.com

R.I. Milano e P.IVA 10376860960 ● Rea no MI - 2694493, elenco IVASS delle sedi secondarie di imprese di assicurazione UE n I.00150

Sede legale: 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato del Lussemburgo ● *N.iscrizione Registre du Commerce B 221096*
Cap. Soc. €30.006 i.v., soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances

INDICE

PAGINA

Sezione 1 – Definizioni	6
Sezione 2 - Oggetto Dell'assicurazione	16
Art. 1 - Ambito di operatività della Polizza - Infortuni indennizzabili	16
Art 2. - Rischio Guerra	17
Art. 3 - Rischio volo	17
Art. 4 - Limitazione relativa alle ernie	17
Art. 5 - Indennizzo Speciale - Supervalutazione Invalidità Permanente	17
Art. 6 - Anticipo indennizzi relativi ad Invalidità Permanente	18
Art. 7 - Attività temerarie	18
Art. 8 - Rischi sportivi	18
Art. 9 - Mezzi speciali	19
Art. 10 - Rischio Conducente e Trasportato	19
Sezione 3 - Prestazioni Assicurate e Limitazioni	19
Art. 11 - Morte da infortunio	19
Art. 12 - Morte presunta	19
Art. 13 - Invalidità Permanente da Infortunio	20
Art. 14 - Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio	21
Sezione 4 - Estensioni Di Copertura	25
Art. 15 - Rimborso spese mediche da Infortunio	25
Art. 16 - Danni estetici	25
Art. 17 - Spese Funerarie	25
Art. 18 - Rimpatrio della salma	26
Art. 19 - Clausola dirigenti	26
Art. 20 - Diaria da coma conseguente a Infortunio	26
Art. 21 - Malattie tropicali	26
Art. 22 - Responsabilità della Contraente	27
Art. 23 - Commorienza del coniuge	28
Art. 24 - Ustioni	28
Art. 25 - Rimborso costi di assistenza psicologica	28
Art. 26 - Costi di comunicazione in caso di Evento dannoso rilevante	29
Art. 27 - Lenti e Occhiali	29
Art. 28 - Cure dentarie	30
Art. 29 - Figli a carico	30
Art. 30 - Ristrutturazione dell'abitazione	30
Art. 31 - Riconversione dell'Autoveicolo	31

Art. 32 - Riabilitazione	31
Art. 33 - Riqualificazione professionale	31
Art. 34 - Spese di nuova assunzione	32
Art. 35 - Sostituzione	32
Art. 36 - Costi di Salvataggio e Ricerca	32
Art. 37 - Invalidità Permanente da Malattia	32
Art. 38 - Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio	34
Art. 39 - Diaria da ricovero da Infortunio	35
Art. 40 - Indennità da Gessatura	36
Sezione 5 - Delimitazioni Ed Esclusioni Di Carattere Generale	36
Art. 41 - Esclusioni	36
Art. 42 - Persone non assicurabili - Limiti di età	37
Art. 43 - Limiti territoriali	37
Art. 44 - Criteri di indennizzabilità	38
Art. 45 - Cumulo di Indennità	38
Art. 46 - Esclusione di Russia, Ucraina e Bielorussia	39
Sezione 6 - Denuncia Di Sinistro	40
Art. 47 - Denuncia del Sinistro e obblighi relativi	40
Art. 48 - Prova	42
Art. 49 - Liquidazione	42
Sezione 7 - Premio Di Assicurazione	42
Art. 50 - Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione	42
Art. 51 - Regolazione del Premio	43
Sezione 8 – Disposizioni Comuni	45
Art. 52 - Recesso del contratto dopo ogni Denuncia di Sinistro	45
Art. 53 - Variazione di Rischio - Diminuzione e Aggravamento del rischio	45
Art. 54 - Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato	46
Art. 55 - Forma delle comunicazioni	46
Art. 56 - Clausola Agente/Broker	46
Art. 57 - Decorrenza del contratto	46
Art. 58 - Anticipata risoluzione del contratto	46
Art. 59 - Durata e Tacito rinnovo	47
Art. 60 - Oneri fiscali	47
Art. 61 - Assicurazione per conto altrui	47
Art. 62 - Rinvio alle norme di legge	47
Art. 63 - Rinuncia al Diritto di Surroga	47
Art. 64 - Assicurazioni presso diversi assicuratori	47
Art. 65 - Collegio medico	47
Art. 66 - Foro competente	48

Art. 67 - Coassicurazione (articolo operante esclusivamente in caso di polizza ripartita in quote tra Società Coassicuratrici)	48
Art. 68 - Buona fede	49
Art. 69 - Modifica del contratto	49
Clausole vessatorie	50
Allegato – Informativa Trattamento Dati Personali e Reclami	51

Sezione 1 – Definizioni

Ai seguenti termini riportati in Polizza ed eventuali appendici si attribuisce il significato qui indicato:

Agente e Broker:	Intermediario assicurativo iscritto al Registro Unico degli Intermediari (RUI) ai sensi dell'articolo 109 del Codice delle Assicurazioni Private (CAP) ed il cui nominativo è indicato nel Certificato.
Aggravamento del rischio:	Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del Danno conseguente a tale evento avverso.
Aggressione:	Si definisce aggressione qualunque Attacco nei confronti dell'Assicurato deliberato, improvviso e brutale di un'altra persona o gruppi di persone che porti a una menomazione fisica dell'Assicurato stesso.
Arbitrato:	Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato e Assicuratore in relazione al presente contratto di assicurazione.
Assicurato:	Nelle assicurazioni danni è la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché il titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Nell'assicurazione morte da infortunio, è la persona in relazione alla cui morte e/o sopravvivenza l'Assicuratore si impegna a pagare un capitale. Sono Assicurati ai sensi della presente Polizza, la Contraente ed i soggetti e/o le categorie di soggetti indicate nel Certificato.
Assicuratore:	La Società.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione stipulato tra la Società e il Contraente.
Assicurazione infortuni:	L'Assicurazione con la quale l'Assicuratore si impegna a coprire gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale indicata nel Certificato, ove previsto nel Certificato, o nello svolgimento di altre attività che non abbiano carattere professionale così come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.
Assicurazione malattia:	L'Assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a coprire l'Invalidità Permanente da Malattia dell'Assicurato, conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di Decorrenza della copertura e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione.

Attività della vita quotidiana:	La capacità di svolgere in maniera autonoma almeno tre delle seguenti attività: vestirsi e svestirsi; lavarsi; mangiare e bere; effettuare le incombenze domestiche, fare acquisti e guidare veicoli su strade pubbliche.
Atto di terrorismo, Sabotaggio o Attacco:	Qualunque azione che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di: a) Condurre un'azione criminale mirata a ledere la salute di altre persone; e/o b) Creare una percezione di timore e/o paura e/o sconvolgere in altre persone, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza; e/o c) Interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende o organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.
Beneficiario	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di morte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato può cambiare il Beneficiario designato in ogni momento senza il consenso di quest'ultimo, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato..
Cattura di ostaggi:	I seguenti casi sono considerati cattura di ostaggi: a) Qualsiasi detenzione illegittima e causata dall'uso della forza da parte di una persona, in un luogo segreto, da parte di uno o più membri di organizzazioni, fazioni politiche, religiose o ideologiche. b) Qualsiasi privazione, mediante forza o coercizione della libertà di una persona di muoversi all'interno di un locale del Contraente verso l'esterno. c) L'impossibilità di una persona di adempiere ai propri obblighi ufficiali o di ritornare a casa in seguito alla perdita di libertà imposta da qualsiasi autorità governativa, in violazione della "Carta dei Diritti Umani"; tale violazione deve essere stata accertata da un tribunale nazionale o internazionale.
Certificato	Il documento allegato alla presente Polizza, rilasciato dall'Assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione. Il Certificato contiene i dati della Contraente, l'Assicurato, il Periodo di Assicurazione, il Massimale, il Premio ed eventuali dettagli della Polizza.

Collegio Medico:	Organo collegiale composto da 3 medici chiamato a decidere in caso di divergenze tra Assicuratore ed Assicurato sulla natura e sulle conseguenze di un infortunio nominato ai sensi dell'art. 65 delle Condizioni di Assicurazione..
Condizione medica grave	Una condizione che, secondo un consulente medico incaricato dalla Società, costituisce un'emergenza medica grave che richiede cure urgenti per evitare la morte o il grave peggioramento a breve o lungo termine delle prospettive di salute dell'Assicurato. La gravità della condizione medica è determinata dalla posizione geografica in cui si trova l'Assicurato al momento del Sinistro, dalla natura dell'emergenza medica e dalla disponibilità locale di strutture o assistenza medica adeguata.
Condizione medica preesistente:	Qualsiasi condizione medica pregressa o attuale che abbia dato origine a sintomi o per la quale sia stata richiesta o ricevuta qualsiasi forma di trattamento o farmaco prescritto, consultazione medica o indagine nel periodo precedente alla sottoscrizione della Polizza. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.
Contraente:	Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'Assicurazione con l'Assicuratore e che si obbliga a pagare il Premio.
Costi di comunicazione:	Costi di comunicazioni urgenti sostenuti dalla Contraente per la gestione immediata delle situazioni di crisi successive agli eventi assicurati in Polizza.
Danni materiali:	Per Danno Materiale si intende: a) con riferimento agli edifici, l'incendio, l'esplosione, la distruzione o il crollo di un edificio di proprietà della Contraente/Assicurato a causa di un evento interno o esterno; b) con riferimento a beni diversi dagli edifici, la distruzione, il danneggiamento, il furto di un bene della Contraente/Assicurato.
Danno:	E' il pregiudizio subito dall'Assicurato, avvenuto durante il Periodo di Assicurazione, in conseguenza di un Sinistro.
Danno a lenti/occhiali:	Il danneggiamento accidentale di occhiali da vista o lenti a contatto, laddove sia necessaria una riparazione o sostituzione degli stessi.
Dati personali:	Qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale.

Decorrenza della copertura:	Momento in cui le coperture di cui alla presente Assicurazione divengono operanti ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito, così come indicato nel Certificato.
Denuncia del Sinistro:	Comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore secondo le modalità previste dal contratto a seguito di un Sinistro.
Diaria:	Copertura tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma (solitamente fissa ed indicata nel Certificato), da parte dell'Assicuratore, per ogni giorno d'Inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in Istituti di cura, conseguentemente ad Infortunio.
Diaria da ricovero:	Copertura che consiste nel versamento di una somma (solitamente fissa ed indicata nel Certificato), da parte dell'Assicuratore, per ogni giorno di degenza in Istituti di cura dovuta a Infortunio o Malattia.
Dichiarazioni precontrattuali:	Informazioni relative al rischio fornite dalla Contraente/Assicurato prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, sulla base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni di Assicurazione. L'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza da parte della Contraente/Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..
Diminuzione del rischio:	Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula dell'Assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del Danno conseguente a tale evento.
DIP Base e DIP Aggiuntivo:	Documenti precontrattuali che l'Assicuratore deve consegnare alla Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione contenente le informazioni relative all'impresa di assicurazione e al contratto stesso, previste dalla normativa vigente.
Dirigente:	E' un lavoratore dipendente che fa parte della direzione aziendale o del management di una società (ivi inclusa la Contraente quando persona giuridica), inquadrato come dirigente ai sensi del contratto collettivo applicabile.
Diritto di recesso:	E' il diritto della Contraente di terminare l'Assicurazione, esercitabile nei termini previsti dai termini nelle condizioni contrattuali.

Disastro naturale:	Un evento violento e insolitamente intenso di origine naturale che provoca morte e distruzione. I disastri naturali sono vari e molteplici e includono, a titolo esemplificativo e non esaustivo: tempeste violente, uragani, cicloni e sconvolgimenti climatici, nonché terremoti e valanghe.
Disdetta:	La comunicazione che la Contraente o la Società deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, per manifestare la propria volontà di non rinnovare tacitamente l'Assicurazione.
Esclusioni:	Rischi Esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione e contraddistinte da caratteri di particolare evidenza (solitamente in grassetto) all'interno delle Condizioni di Assicurazioni ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni Private.
Estensione territoriale:	Lo spazio geografico entro il quale l'Assicurazione opera.
Evento dannoso:	Qualsiasi evento sfavorevole al Contraente/Assicurato che comporta l'applicazione delle coperture previste nella Polizza.
Evento dannoso rilevante:	Evento nel quale si verifichino una o più delle seguenti circostanze: a) che avvengano nei siti di proprietà della Contraente: Atti di terrorismo, Sabotaggio o Attacco, Sommosse Civili, Aggressione, Sciopero, Danni materiali, Disastri Naturali; b) che riguardino gli Assicurati e avvengano in siti di proprietà della Contraente: Rapina, Cattura di ostaggi.
Franchigia assoluta:	La franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato a prescindere dall'entità del Danno subito. Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5% (cinque per cento) e applicazione della Franchigia Assoluta pari al 3% (tre per cento), l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% (due per cento) della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).
Franchigia o scoperto:	Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo (cifra fissa o cifra percentuale), la copertura prestata dall'Assicuratore facendo sì che una parte del Danno rimanga a carico dell'Assicurato. L'importo della Franchigia/scoperto applicabile alle coperture garantite dall'Assicurazione è indicato nel Certificato.

- Franchigia relativa:** La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'Assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il Danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia applicabile. Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 12% (dodici per cento) e applicazione della Franchigia relativa pari al 10% (dieci per cento), l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 12% (dodici per cento) della Somma Assicurata (12%-Invalidità Permanente – 10% Franchigia relativa = 12% indennizzabile).
- Gessatura:** Un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e/o rimosso da personale medico.
- Guerra:** Ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni o gruppi di individui che si dichiarino una nazione. Rientra nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.
- Inabilità temporanea:** E' l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie mansioni lavorative per una durata limitata nel tempo.
- Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna al Contraente/Assicurato che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, l'Invalidità permanente o l'Inabilità temporanea dell'Assicurato e/o una delle altre Prestazioni Assicurate previste dalle presenti Condizioni di Assicurazione.
- Invalidità permanente:** E' la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione, ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.
- Istituto di Cura:** Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con l'esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- Itinere:** Il normale tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa tra due luoghi di lavoro o tra il luogo di lavoro e quello di abituale consumazione dei pasti così come previsto dal Decreto Legislativo n.38/2000 art. 12, e successive modificazioni.

IVASS:	E' l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni istituito con Decreto Legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con Legge 7 agosto 2012 n. 135 che dal 1° gennaio 2013 è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità ed il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.
Liquidazione:	Pagamento all'Assicurato o al Beneficiario della prestazione dovuta dall'Assicuratore al verificarsi dell'Evento dannoso assicurato.
Massimale:	La somma massima indicata nel Certificato e liquidabile dall'Assicuratore a titolo di indennizzo del Danno a seguito di un Sinistro indennizzabile.
Massimale catastrofale:	Esborso massimo complessivo di cui all'art. 45 delle Condizioni di Assicurazione e riconosciuto in aggregato dall'Assicuratore in caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati in conseguenza di un unico Evento dannoso.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio, accertato da un'autorità medica qualificata.
Medicinale	Ogni sostanza o associazione di sostanze che possa essere utilizzata sull'uomo o somministrata all'uomo allo scopo di ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica. Si intendono compresi i medicinali omeopatici mentre sono esclusi i prodotti galenici, parafarmaci i prodotti per l'igiene personale
Medico	Un medico legalmente abilitato alla professione e riconosciuto dalla legge del paese in cui viene erogato il trattamento medico che esercita la professione nell'ambito della sua abilitazione e della sua formazione. Il Medico non deve essere legato al Contraente/Assicurato da rapporti di lavoro, parentela o affinità.
Medico legale:	Un Medico legalmente abilitato alla professione e specializzato in Medicina Legale.
Oblio oncologico	È il diritto (riconosciuto dalla Legge n. 193 del 7 dicembre 2023) di non fornire informazioni riguardo a malattie oncologiche da cui si è guariti, purché non ci siano stati episodi di recidiva da più di 10 anni (o 5, per patologie diagnosticate prima dei 21 anni, o in

base al diverso termine inferiore stabilito per particolari tumori dal decreto emesso ai sensi dell'art. 5 della Legge).

Paese di residenza:	Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano, a seconda di dove si trova la Residenza dell'Assicurato.
Periodo di assicurazione:	Periodo di tempo compreso tra la data di Decorrenza della Polizza e la data di scadenza della Polizza per il quale opera la copertura assicurativa, a condizione che sia stato pagato il Premio corrispondente.
Perito:	E' il libero professionista normalmente incaricato dalla Società avente il compito di stimare l'entità del Danno subito dall'Assicurato. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia il perito è un medico legale e può essere incaricato da entrambe le parti.
Polizza:	E' il documento che prova il contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente, costituito dal Certificato e dalle condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.
Premio:	E' la somma di denaro, indicata nel Certificato, che la Contraente deve corrispondere alla Società per beneficiare dell'Assicurazione.
Prescrizione:	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione danni si prescrivono nel termine di due anni; di dieci anni per le garanzie vita e infortunio caso morte.
Questionario Anamnestico:	Detto anche questionario sanitario, è il documento che la Società può chiedere alla Contraente (o all'Assicurato) di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute e a Condizioni Mediche Preesistenti, precedenti Malattie o Infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dalla Contraente servono alla Società per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità. L'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza da parte della Contraente/Assicurato può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 c.c. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.
Quietanza:	Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del Premio da parte della Contraente o dell'indennizzo da parte dell'Assicuratore.
Rapina:	Qualsiasi impossessamento, mediante violenza alla persona o minaccia, di un bene in possesso della Contraente/Assicurato per

procurare a sé o altri ingiusto profitto (reato punito dall'art. 628 Codice Penale).

- Rischi esclusi:** Sono quelli per i quali non è operante la copertura prestata dall'Assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione riportate con caratteri di particolare evidenza così come previsto dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni Private.
- Rischio:** E' la probabilità che si verifichi un determinato Evento da cui può scaturire un Danno ad esso conseguente.
- Rivalsa:** Diritto che spetta all'Assicuratore che ha corrisposto un indennizzo all'Assicurato di rivalersi su colui che ha arrecato/provocato il Danno, così come previsto dall'art. 1916 c.c..
- Rivolta:** Qualunque movimento sedizioso e tumultuoso accompagnato da violenza in cui parte della popolazione si ribella alle autorità per fare richieste di natura politica o sociale o economica.
- Sciopero:** Astensione totale o parziale dal lavoro attuato collettivamente da lavoratori.
- Set informativo:** E' il documento che l'Assicuratore è tenuto a consegnare alla Contraente prima che il contratto sia stipulato, contenente i DIP Base, DIP aggiuntivo, le Condizioni di Assicurazione.
- Sinistro:** E' il verificarsi dell'Evento dannoso coperto dall'Assicurazione.
- Società:** L'impresa di assicurazioni SI Insurance (Europe), SA Rappresentanza Generale per l'Italia, autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore in Italia mediante la propria sede secondaria (Codice IVASS D951R), con la quale la Contraente stipula il contratto di assicurazione.
- Società Coassicuratrici:** In un contesto di coassicurazione, si intende l'insieme delle imprese di assicurazione che hanno sottoscritto il medesimo rischio assicurativo.
- Società Incaricata:** In un contesto di coassicurazione, si intende la società a cui la Contraent ha conferito l'incarico di gestione del contratto assicurativo.
- Somma Assicurata:** E' l'importo in relazione al quale la Società si impegna a fornire la propria prestazione a seguito dell'analisi delle Dichiarazioni precontrattuali.

- Sommossa civile:** Qualunque tumulto interno ad una nazione caratterizzato da disordine e azioni illegali, senza che sia necessariamente presente una Rivolta contro l'ordine costituito.
- Surroga:** E' il diritto dell'Assicuratore di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il Danno sia stato causato da un terzo. E' possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'Assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno fermi restando i limiti relativi all'indennizzabilità del danno effettivamente subito di cui all'art. 1905 c.c..
- Territori Esclusi:** Russia, Ucraina o Bielorussia, o qualsiasi regione o territorio in cui tali paesi estendono o affermano la propria giurisdizione.
- Ustione:** Un Danno ai tessuti umani causato da calore, sostanze caustiche, elettricità o radiazione. L'ustione può essere qualificata come segue. Un'ustione di primo grado è un'ustione superficiale della pelle caratterizzata da rossore diffuso con gonfiore locale. Un'ustione di secondo grado è un'ustione che determina la distruzione dell'epidermide e dell'intero derma, resa particolarmente evidente dalla comparsa di vesciche, mentre un'ustione di terzo grado è un'ustione che determina la distruzione dell'intera epidermide, del derma e dell'ipoderma.

Sezione 2 - Oggetto Dell'assicurazione

Art. 1 - Ambito di operatività della Polizza - Infortuni indennizzabili

L'Assicurazione vale, nei limiti di quanto previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale indicata nel Certificato, o, ove previsto nel Certificato, nello svolgimento di altre attività che non abbiano carattere professionale.

A titolo esemplificativo e non limitativo, la garanzia rischio in Itinere viene compresa durante l'esercizio delle occupazioni professionali indicate nel Certificato; pertanto anche gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il normale tragitto in Itinere, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Sono considerati Infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una Invalidità Permanente dell'Assicurato.

Sono altresì considerati Infortuni, purché non esplicitamente esclusi dalla successiva Sez. 5 anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- f) punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
- g) le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
- h) gli Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza;
- i) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- j) gli Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- k) la folgorazione; le ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art. 4) delle Condizioni di Assicurazione;
- l) gli Infortuni causati da forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine.
- m) gli infortuni derivanti da qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore **a condizione che l'assicurato, se alla guida, sia abilitato in conformità alle disposizioni di legge in vigore. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 (trenta) giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato quanto alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a 1g/litro, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni.**

Art 2. - Rischio Guerra

L'Assicurazione si applica agli infortuni che l'Assicurato - ai sensi della presente Polizza - subisca **in conseguenza di atti di Guerra, purchè non vi abbia preso parte attivamente, al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino e/o del Paese di Residenza.**

Art. 3 - Rischio volo

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

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, della Contraente o dell'Assicurato stesso.

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

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di Sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 15.000.000,00 (quindicimilioni) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

Se gli indennizzi che sarebbero stati complessivamente dovuti in assenza del Massimale eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

Art. 4 - Limitazione relativa alle ernie

Con riferimento alle ernie addominali traumatiche si dà atto che:

- a) nel caso in cui l'ernia anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere Medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente **non superiore al 10% (dieci per cento) della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;**
- b) qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione é rimessa al Collegio Medico ai sensi dell'art. 65 delle Condizioni di Assicurazione.
- c) se l'Infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta una Diaria per il caso di Inabilità temporanea, **sempreché sia previsto in Polizza e indicata nel Certificato, fino ad un periodo di giorni 30 (trenta) successivi a quello dell'Infortunio.**

Art. 5 - Indennizzo Speciale - Supervalutazione Invalidità Permanente

In caso di perdita totale della vista, dell'udito o della voce a seguito di Infortunio verrà liquidato un importo corrispondente ad una percentuale della Somma Assicurata, pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/1965 N. 1124, e successive modifiche ed integrazioni, **con il massimo del 100% (cento per cento) della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente.** In tutti gli altri casi di Infortunio, che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento) la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% (cento per cento) della Somma Assicurata. Nei casi residui l'indennizzo

si calcolerà applicando alla Somma Assicurata la percentuale di Invalidità Permanente accertata ai sensi di Polizza.

Art. 6 - Anticipo indennizzi relativi ad Invalidità Permanente

Trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche relative ad un Infortunio indennizzabile secondo i termini di polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi invalidanti, l'Assicurato può richiedere un anticipo alla Società pari al 50% (cinquanta per cento) del presunto ammontare indennizzabile per Invalidità Permanente **con applicazione del Massimale (sull'anticipo) pari ad € 100.000,00 (centomila), da congruarsi successivamente in sede di definitiva Liquidazione del Sinistro.**

L'anticipo verrà liquidato dalla Società entro 30 (trenta) giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato, **a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di Invalidità Permanente causato dall'Infortunio e residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20% (venti per cento).**

Art. 7 - Attività temerarie

In caso di morte o Invalidità Permanente determinata da un Infortunio e derivante da una delle seguenti attività temerarie:

- a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala U.I.A.A.;
- b) speleologia effettuata in solitario;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia);

si applica un sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma Assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del Massimale pari ad € 100.000,00 (centomila), salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione il presente sottolimito.

Non rientrano in copertura le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque somma a titolo di compenso o rimborso spese.

La presente copertura si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.

Art. 8 - Rischi sportivi

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, l'Assicurazione si intende operante per gli Infortuni - indennizzabili secondo i termini di Polizza - occorsi durante l'esercizio delle pratiche sportive non professionali in genere svolte a scopo agonistico o non competitivo (purché non professionale).

Restano pertanto escluse dalla copertura di cui alla presente Polizza tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'Assicurato percepisce una qualsiasi somma pecuniaria (anche a titolo di compenso o rimborso spese).

In caso di morte o Invalidità Permanente causata da un Infortunio occorso durante la pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo, si applica un sottolimito pari al 50%

(cinquanta percento) della Somma Assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del Massimale pari ad € 100.000,00 (centomila).

La presente copertura si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.

Art. 9 - Mezzi speciali

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, in caso di morte o di Invalidità Permanente l'Assicurazione si intende operante per gli Infortuni - indennizzabili secondo i termini di Polizza - occorsi all'Assicurato durante la guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea, **con l'applicazione di un sottolimito pari al 50% (cinquanta percento) della Somma Assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con applicazione del Massimale pari ad €100.000,00 (centomila).**

Restano escluse da tale copertura tutte quelle attività ricreative escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'Assicurato percepisca una qualsiasi somma pecuniaria (anche a titolo di compenso o rimborso spese).

La presente copertura si intende operante solo con riferimento alle attività extraprofessionali.

Art. 10 - Rischio Conducente e Trasportato

In caso in cui nel Certificato sia indicata la categoria "Conducenti" e/o "Trasportati", la copertura si intende operante per gli Infortuni subiti in relazione alla guida del veicolo indicato nel Certificato ed alle operazioni necessarie alla guida (ivi inclusa, in caso di fermata, la ripresa della marcia); e, dove previsto, per le persone trasportate nel veicolo indicato nel Certificato dal momento in cui salgono al momento in cui ne sono discese.

Sezione 3 - Prestazioni Assicurate e Limitazioni

Art. 11 - Morte da infortunio

La Somma Assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai Beneficiari indicati nel Certificato o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, **purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza e questa si verifichi entro 730 (settecento trenta) giorni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto.**

Art. 12 - Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e – ai sensi della legge applicabile - si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai Beneficiari indicati nel Certificato il capitale previsto per il caso di morte ovvero in mancanza agli eredi dell'Assicurato in parti uguali..

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 subito.

Art. 13 - Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro 730 (settecento trenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto l'Infortunio, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata applicando alla Somma Assicurata per il 100% (cento per cento) di invalidità, la percentuale relativa all'Invalidità Permanente determinata secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla sopracitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale.

Si evidenzia che le percentuali indicate nella tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali verranno diminuite come segue:

- a) la perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito indicata nella sopra citata tabella;**
- b) la perdita anatomica o funzionale di qualunque altro dito delle mani o dei piedi è stabilita in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito indicata nella sopra citata tabella.**

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione specifica.

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

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecento trenta) giorni dal giorno dell'Infortunio. **Nel caso di premorienza dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità permanente derivante dalla Malattia o dall'Infortunio o all'accertamento Medico-legale della Società, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità permanente, la Società prevede che gli eredi dell'Assicurato possano dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.**

Tale copertura è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nel Certificato ove presente e operante come definita nell'art. 14 "Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio".

Art. 14 - Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio

La presente Polizza prevede l'applicazione delle Franchigie di seguito illustrate nel caso in cui le stesse siano richiamate nel Certificato, come applicabili per ciascuna categoria di Assicurati:

A) 3% Franchigia assoluta

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcuna indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente al 3% di invalidità.

Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

B) 5% Franchigia assoluta

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente al 5%.

Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 7%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (7%-Invalidità Permanente – 5% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

C) 3% Franchigia assoluta, ma con Franchigia relativa al 10%

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 12%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 12% della Somma Assicurata (12%-Invalidità Permanente – 10% Franchigia relativa = 12% indennizzabile).

D) 5% Franchigia assoluta, ma con Franchigia relativa al 15%

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 7%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (7%-Invalidità Permanente – 5% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile). **Esempio 2:** in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 17%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 17% della Somma Assicurata (17%-Invalidità Permanente – 15% Franchigia relativa= 17% indennizzabile).

E) 3% Franchigia assoluta, ma con Franchigia relativa al 10% per infortunio extraprofessionale ed Itinere

In caso di Infortunio extraprofessionale ovvero occorso in Itinere è stabilito, a parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 12%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 12% della Somma Assicurata (12%-Invalidità Permanente – 10% Franchigia relativa= 12% indennizzabile).

F) 5% Franchigia assoluta, ma con Franchigia relativa al 15% per infortunio extraprofessionale ed Itinere

In caso di Infortunio extraprofessionale ovvero occorso in Itinere è stabilito, a parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 7%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (7%-Invalidità Permanente – 5% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 17%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 17% della Somma Assicurata (17%-Invalidità Permanente – 15% Franchigia relativa = 17% indennizzabile).

G) 3% Franchigia assoluta in relazione a rischi da circolazione

In caso di Infortunio occorso durante la circolazione stradale (come definita dal Codice delle Assicurazioni ai fini della copertura assicurativa obbligatoria), a parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

H) 3% Franchigia assoluta in relazione ad attività sportive

In caso di infortunio occorso durante qualsiasi attività sportiva, a parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo per la parte eccedente.

Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

I) 66% Franchigia assoluta = 100%

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 66% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 66% della totale, verrà corrisposto l'indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 70%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 100% della Somma Assicurata.

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 65%, l'Assicuratore non pagherà alcun indennizzo.

J) Nessuna franchigia fino a 150.000 Euro (centocinquantamila); 3% fino a 500.000 euro (cinquecentomila); 5% oltre 500.000 (cinquecentomila); Franchigia relativa al 20%

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione, è stabilito che la Liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, verrà effettuata come segue:

- i) sui primi €150.000,00 (centocinquantamila) di Somma Assicurata in caso di Invalidità Permanente, l'Assicuratore non applicherà alcuna Franchigia;

- ii) sulla parte della Somma Assicurata eccedente € 150.000,00 (centocinquantamila) e fino a € 500.000,00 (cinquecentomila) l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando il grado accertato non sia superiore al 3% della totale;
- iii) sulla parte di capitale assicurato eccedente 500.000,00 (cinquecentomila) l'Assicuratore non corrisponderà alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando il grado accertato non sia superiore al 5% della totale.

Se l'invalidità permanente supera il 20% della totale l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di alcuna Franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 21%, l'Assicuratore pagherà un indennizzo pari al 21% della Somma Assicurata.

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 7% e Somma Assicurata superiore ai 500.000 Euro, l'Assicuratore non applicherà alcuna Franchigia.

Esempio 3: Invalidità Permanente del 2%. Non si applicherà la Franchigia sui primi 150.000 Euro di Somma Assicurata, mentre non sarà corrisposto alcun indennizzo sulla porzione di Somma Assicurata superiore a € 150.000, in quanto troveranno applicazione le Franchigie del 3% e del 5%.

K) *Tabella modulata*

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione è stabilito che, per ogni grado percentuale di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri stabiliti in polizza, si applicano le seguenti percentuali di Liquidazione:

A%	L%	A%	L%	A%	L%
1,00	0,50	18,00	18,00	35,00	55,00
2,00	1,00	19,00	19,00	36,00	58,00
3,00	1,50	20,00	20,00	37,00	61,00
4,00	2,00	21,00	21,00	38,00	64,00
5,00	2,50	22,00	22,00	39,00	67,00
6,00	6,00	23,00	23,00	40,00	70,00
7,00	7,00	24,00	24,00	41,00	73,00
8,00	8,00	25,00	25,00	42,00	76,00
9,00	9,00	26,00	28,00	43,00	79,00
10,00	10,00	27,00	31,00	44,00	82,00
11,00	11,00	28,00	34,00	45,00	85,00
12,00	12,00	29,00	37,00	46,00	88,00
13,00	13,00	30,00	40,00	47,00	91,00

14,00	14,00	31,00	43,00	48,00	94,00
15,00	15,00	32,00	46,00	49,00	97,00
16,00	16,00	33,00	49,00	50,00	100,00
17,00	17,00	34,00	52,00		

Dove con la cifra di cui alla colonna A% si intende la percentuale di invalidità accertata e con la cifra di cui alla colonna L% si intende la percentuale di invalidità liquidata in relazione a tale invalidità accertata.

Sezione 4 - Estensioni Di Copertura

Art. 15 - Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, **in caso di Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza** - indipendentemente dalle Franchigie di Invalidità Permanente applicate ed illustrate all'art. 14-, il costo delle cure mediche sostenute, **fino a concorrenza per ciascuno degli Assicurati, per ogni Infortunio e per Periodo di Assicurazione, di € 5.000,00 (cinquemila)** o del maggior importo indicato nel Certificato. Per costo delle cure mediche si intendono le seguenti spese e costi sostenuti conseguenti e dovute a casa di un Infortunio:

- a) spese ospedaliere o cliniche;
- b) onorari a medici e a chirurghi;
- c) costo degli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- d) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- e) spese fisioterapiche in genere e Medicinali;
- f) spese relative alle prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Fatto salvo quanto previsto dall'art. 16 sotto, rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la copertura vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate.

Art. 16 - Danni estetici

Si conviene che in caso di **Infortunio coperto dalla presente Polizza**, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia NON comporti indennizzo a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà, **fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila) per Infortunio**, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 17 - Spese Funerarie

Si conviene che in caso di Infortunio **indennizzabile secondo i termini di polizza** - che comporti come conseguenza il decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa agli eredi legittimi e/o testamentari le spese regolarmente documentate e da essi sostenute per il funerale o la cremazione, **entro il limite Massimale di € 7.500,00 (settemilacinquecento).**

Art. 18 - Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero rispetto al Paese di residenza, **a seguito di Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza**, la Società rimborsa ai legittimi eredi e/o testamentari le spese documentate e da essi sostenute per il trasporto della salma nel Paese di residenza, **fermo il limite Massimale di € 2.500,00 (duemilacinquecento).**

Art. 19 - Clausola dirigenti

Malattie professionali

Limitatamente alle persone con la qualifica di Dirigente:

- a) la copertura si intende prestata anche per le Malattie professionali riconosciute dalla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della Polizza, tenuto conto del settore e delle tipologie di attività esercitate dalla Contraente. A tale riguardo la Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi Assicurati, non presentano alcuna Condizione Medica Preesistente o manifestazione morbosa riferibile alle malattie indicate nella predetta tabella;
- b) in caso di Invalidità Permanente causata da Malattia professionale, la valutazione delle percentuali di Invalidità Permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria), con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite alla Somma Assicurata indicata nel Certificato per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la Liquidazione viene fatta dalla Società in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita;
- c) qualora in conseguenza di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore al 66% (sessantasei per cento), la Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento)

Art. 20 - Diaria da coma conseguente a Infortunio

Se un Assicurato è vittima di un **Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza** ed è clinicamente accertato dal Medico che è rimasto in coma per un periodo ininterrotto di più di dieci giorni, la Società pagherà al Beneficiario indicato nel Certificato un Indennizzo di **€ 100,00 (€ cento) al giorno per ogni giorno trascorso in coma, per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.**

L'importo versato in relazione a questo Indennizzo viene detratto dagli Indennizzi previsti in caso di "Morte o Invalidità Permanente Totale o Parziale, assoluta e definitiva, derivante da un Infortunio".

Art. 21 - Malattie tropicali

Si conviene che con riferimento alle coperture Morte e Invalidità Permanente, la copertura è estesa alle malattie tropicali di cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che, per malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07/02/1938 n. 281, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: amebiasi, bilhrariosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre ittero emoglobinurica, meningite cerebro spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa.

Rimane inteso che:

- a) la copertura è subordinata alla circostanza che gli Assicurati non abbiano Condizioni Mediche Preesistenti e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi;
- b) la valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite alla Somma Assicurata indicata nel Certificato per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la Liquidazione verrà fatta dalla Società in un'unica soluzione anziché sotto forma di rendita;
- c) le Somme Assicurate per la presente copertura sono le medesime previste per il caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio indicate nel Certificato, fermo restando il limite Massimale assicurato di € 500.000,00 (cinquecentomila);
- d) nessun indennizzo verrà corrisposto dall'Assicuratore nel caso in cui il grado di Invalidità Permanente è pari o inferiore alla Franchigia relativa del 20% (venti per cento); se invece l'Invalidità Permanente risulta superiore a detta percentuale, l'indennizzo viene liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia;
- e) il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del Danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali, viene fissato in 2 (due) anni dal giorno della denuncia della Malattia.

Art. 22 - Responsabilità della Contraente

Nel caso in cui l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari indicati nel Certificato, non intendano accettare l'importo liquidabile dalla Società ai sensi della presente Polizza in quanto proposto a completa tacitazione dei danni subiti in conseguenza dell'Infortunio, si prevede quanto segue: su richiesta della parte interessata, fermi restando i limiti e le condizioni di cui alla presente Polizza, la Società potrà sospendere il pagamento dell'indennizzo ed accantonare le somme da liquidare a tale titolo, sino a definizione (mediante sentenza o transazione) dell'azione intrapresa dall'Assicurato o dai suoi eredi nei confronti della Contraente ai fini del risarcimento della parte di danno non indennizzabile ai sensi della presente Polizza.

Resta in ogni caso inteso che, la Società liquiderà a favore dell'Assicurato solo le somme dovute a titolo di indennizzo per l'Infortunio subito e coperto dalla presente Polizza nei limiti previsti da quest'ultima.

Art. 23 - Commorienza del coniuge

Se a causa di Infortunio - **indennizzabile** secondo i termini di Polizza - consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge/persona ad esso unito civilmente o convivente di fatto (riconosciuto dalla legge), non legalmente separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni – **se conviventi, Beneficiari indicati nel Certificato e privi di redditi propri** – sarà aumentata del 50% (cinquanta per cento).

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso aggiuntivo a carico della Società a tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 (cinquantamila) e che l'applicazione della presente Prestazione Aggiuntiva rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in Polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.

Art. 24 - Ustioni

La Società liquida agli Assicurati, in caso di Infortunio - indennizzabile secondo termini di Polizza- a seguito del quale l'Assicurato riporti un'Ustione di 2° (secondo) o 3° (terzo) grado, un'indennità fissa calcolata sulla base dell'estensione dell'Ustione riportata dall'Assicurato sul proprio corpo, come di seguito:

- almeno 27% (ventisette per cento) della superficie corporea: € 10.000
- tra il 18%(diciotto per cento) e il 25% (venticinque per cento) della superficie corporea: € 5.000
- tra il 9% (nove per cento) e il 17% (diciassette per cento) della superficie corporea: € 1.500.

Art. 25 - Rimborso costi di assistenza psicologica

- a) In caso di morte o Invalidità Permanente a seguito di **Infortunio indennizzabili ai sensi della presente Polizza - e in presenza di prescrizione medica** -, l'Assicuratore rimborsa il costo delle consulenze di uno psicologo, **fino alla somma di € 5.000,00 (cinquemila) per Infortunio.**
- b) Il Rimborso è versato:
 - i) in caso di morte dell'Assicurato, al suo Beneficiario, **nei limiti in cui questo sia un parente di primo grado dell'Assicurato; o**
 - ii) negli altri casi, all'Assicurato stesso, **previa presentazione alla Società delle fatture originali delle consulenze prestate da un Medico e/o da uno psicologo.**
- c) **Al fine di ottenere il rimborso dei costi di assistenza psicologica, il Beneficiario deve fornire alla Società:**
 - i) **la prescrizione di un Medico che suggerisce l'intervento di uno psicologo;**
 - ii) **Le fatture originali delle consulenze prestate da un Medico e/o da uno psicologo.**
 - iii) **Una copia del certificato di stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di 1° (primo) grado con l'Assicurato (nel caso in cui la prestazione sia fruita da un Beneficiario).**

Art. 26 - Costi di comunicazione in caso di Evento dannoso rilevante

In caso di morte o Invalidità Permanente di uno o più Assicurati a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza e dovuto ad un Evento dannoso rilevante, la Società coprirà, **con applicazione del Massimale** pari ad € 25.000,00 (venticinquemila), i costi di attuazione di una campagna di comunicazione urgente volta a tutelare l'immagine e la reputazione della Contraente sul mercato, il cui scopo è direttamente connesso all'Evento dannoso rilevante, a condizione che:

- a) l'Evento dannoso rilevante abbia causato vittime (decesso o Condizione medica grave) tra gli Assicurati;
- b) l'Evento dannoso rilevante abbia avuto luogo presso gli uffici della Contraente;
- c) la campagna di comunicazione urgente venga implementata dalla Contraente entro quindici giorni dall'Evento dannoso rilevante.
- d) I costi di attuazione di una campagna di comunicazione urgente coprono esclusivamente:
 - i) La gestione di un ufficio stampa: gestione delle chiamate da parte di giornalisti, invio di comunicati stampa, organizzazione di conferenze stampa o media briefing; la gestione deve essere effettuata da una agenzia di PR specializzata in tale materia, nel caso in cui la Contraente fosse sprovvista di tali competenze;
 - ii) Monitoraggio media: effettuato da service specializzato mobilitato ad hoc, nel caso in cui la Contraente fosse sprovvista di tali competenze;
 - iii) Monitoraggio internet: effettuato da service specializzato mobilitato ad hoc, nel caso in cui la Contraente fosse sprovvista di tali competenze;
 - iv) Web PR: effettuato da service specializzato mobilitato ad hoc, in assenza di una funzione interna responsabile della gestione della comunicazione online;
 - v) Annunci a pagamento su media offline od online;
 - vi) Produzione di eventuali strumenti di comunicazione (video o stampati) e le eventuali spese di invio.

Art. 27 - Lenti e Occhiali

Qualora un Assicurato riporti **a seguito di Infortunio - indennizzabile secondo i termini di Polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente** - un Danno a lenti/occhiali, l'Assicuratore rimborserà i costi sostenuti dall'Assicurato in relazione all'acquisto, sostituzione o riparazione degli occhiali o delle lenti a contatto - portati in base a prescrizione sanitaria per la correzione del visus - nonché i costi di un'eventuale visita oculistica che si renda necessaria, **con applicazione del Massimale pari ad € 250,00 (duecentocinquanta) per anno assicurativo e per Infortunio**. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il danneggiamento degli occhiali/lenti all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il Danno a lenti/occhiali sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.

Esclusioni applicabili alla presente clausola:

Sono escluse dalla copertura le richieste di rimborso correlate a cure e visite oculistiche preventive o di controllo.

Il Massimale è unico con quello relativo alla copertura di cui all'Art. 28 "Cure dentarie".

Art. 28 - Cure dentarie

Qualora un Assicurato, a causa di un Infortunio - indennizzabile secondo i termini di Polizza e che abbia per conseguenza un'Invalidità Permanente - ed entro due anni dallo stesso, riporti un Danno odontoiatrico, la Società rimborserà all'Assicurato le spese sostenute per le cure dentarie con applicazione del Massimale pari ad € 250,00 (duecentocinquanta) per anno assicurativo e per Infortunio. Per beneficiare di tale prestazione, l'Assicurato dovrà denunciare il danno odontoiatrico all'atto della Denuncia di Sinistro dell'Infortunio allegando tutta la documentazione idonea a comprovare che il danno odontoiatrico sia avvenuto contestualmente e in conseguenza dell'evento principale.

Esclusioni applicabili alla presente clausola:

Sono escluse dalla copertura le richieste di rimborso correlate a cure o visite dentistiche preventive o di controllo, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo le devitalizzazioni.

Il Massimale è unico con quello relativo alla copertura di cui all'Art. 27 "Lenti e Occhiali".

Art. 29 - Figli a carico

Se l'Infortunio indennizzabile secondo i termini di polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, la copertura caso Morte da Infortunio si intende incrementata del 5% (cinque per cento) per ogni figlio minore di 18 (diciotto) anni fino a un massimo del 25% (venticinque per cento).

Art. 30 - Ristrutturazione dell'abitazione

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e conseguente ad un Infortunio coperto dalla polizza, la Società indennizzerà all'Assicurato una somma pari al 15% (quindici per cento) della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio a titolo di rimborso parziale dei costi sostenuti dallo stesso per le opere di ristrutturazione della propria abitazione, in ogni caso nei limiti del Massimale pari ad € 15.000,00 (quindicimila).

Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto:

- a) previa presentazione delle fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle Sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta; e
- b) se a seguito dell'Infortunio, sia stata resa dal Medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Resta inteso che l'indennizzo per le spese di cui all'Art. "Ristrutturazione dell'abitazione" e per quelle di cui alla Art. "Riconversione dell'Autoveicolo" sono fra loro cumulabili fino ad un importo massimo complessivo per singolo Assicurato pari al 15% (quindici

percento) della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio, in ogni caso con applicazione di un Massimale pari ad quindicimila € 15.000,00 (quindicimila).

Art. 31 - Riconversione dell'Autoveicolo

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque percento) e conseguente ad un Infortunio coperto dalla Polizza, la Società indennizzerà all'Assicurato fino al 15% (quindici percento) della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio a titolo di rimborso parziale dei costi sostenuti dallo stesso per la riconversione del proprio autoveicolo, **con applicazione del Massimale pari a € 15.000,00 (quindicimila).**

Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto:

- a) **previa presentazione delle fatture relative alle opere di riconversione dell'autoveicolo rese necessarie dalle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta; e**
- b) **se a seguito dell'Infortunio sia stata resa dal Medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.**

Resta inteso che l'indennizzo per le spese di cui all'Art. "Ristrutturazione dell'abitazione" e per quelle di cui all'Art. "Riconversione dell'Autoveicolo" sono fra loro cumulabili fino ad un importo massimo complessivo per singolo Assicurato del 15% (quindici per cento) della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio, con applicazione del Massimale pari ad quindicimila € 15.000 (quindicimila).

Art. 32 - Riabilitazione

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque percento) e conseguente ad un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza, la Società rimborserà fino al limite Massimale pari ad € 20.000,00 (ventimila) per Assicurato i costi sostenuti per l'ideazione e lo sviluppo di un piano riabilitativo da parte di una struttura medica specializzata a scelta dell'Assicurato (previo consenso della Società stessa), che gli consenta di riprendere le normali Attività della vita quotidiana.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, per costi di ideazione e sviluppo di un piano riabilitativo si intendono le spese relative a Medici, fisioterapisti, cliniche adibite alla rieducazione professionale e al riadattamento funzionale, centri di convalescenza.

In Italia la presente copertura è prestata in forma integrativa alle prestazioni offerte dal Servizio Sanitario Nazionale, pertanto si conviene che la stessa varrà solo per le spese o eccedenza di spese documentate sostenute in proprio dall'Assicurato.

Art. 33 - Riqualificazione professionale

In caso di Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque percento), se l'Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza ha per conseguenza l'incapacità dell'Assicurato di riprendere l'occupazione professionale esercitata in precedenza all'Infortunio, la Società rimborsa (previo consenso della Società stessa), le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute dall'Assicurato – **con applicazione del Massimale pari ad € 5.000,00 (cinquemila) -** per effettuare un percorso di

abilitazione professionale al fine di consentire allo stesso il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa.

Art. 34 - Spese di nuova assunzione

Se l'Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato oppure una Invalidità Permanente superiore al 35% (trentacinque per cento) e la conseguente incapacità dello stesso di riprendere l'occupazione esercitata in precedenza all'infortunio o di assumere un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa dopo aver attivato la copertura di cui all'Art. 33 Riqualificazione professionale, la Società rimborsa le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute da parte della Contraente (previo consenso della Società stessa) – **con applicazione del Massimale pari ad € 2.500,00 (cinquemila) per Infortunio** - per l'impiego di una Società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla Società stessa) per la ricerca e la selezione di un nuovo dipendente.

Art. 35 - Sostituzione

Se l'Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza ha per conseguenza il decesso dell'Assicurato, la Società rimborsa il costo ragionevolmente necessario e regolarmente documentato sostenuto dalla Contraente per l'assunzione - attraverso una società di ricerca e selezione del personale (preventivamente approvata dalla Società stessa) - a tempo determinato di un dipendente nei 90 (novanta) giorni immediatamente successivi all'Infortunio causa del decesso **con applicazione del Massimale pari ad € 500,00 (cinquecento) alla settimana con un Massimale di € 6.000 (seimila) per Infortunio.**

La copertura cessa alla data di Liquidazione della somma prevista per il Caso Morte da Infortunio oppure, se precedente, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dalla data dell'Infortunio causa del decesso.

Art. 36 - Costi di Salvataggio e Ricerca

Qualora, a seguito di un Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o enti di soccorso locali, **la Società rimborserà fino a € 25.000,00 (venticinquemila) i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori, documentati in forma scritta.**

Art. 37 - Invalidità Permanente da Malattia

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

La copertura si intende prestata per il caso di Invalidità Permanente da Malattia, conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di Decorrenza della copertura e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione.

Ai fini della operatività della copertura **é necessario presentare il Questionario Anamnestico** compilato in ogni sua parte; in sua mancanza la copertura di cui alla presente estensione non potrà essere prestata.

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- a) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- b) trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) eventi connessi a Guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- d) dolo dell'Assicurato o del Contraente;
- e) malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di Decorrenza delle coperture.

In caso di Malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado non inferiore al 25% (venticinque per cento) la Società liquida un'indennità calcolata sulla Somma Assicurata in base alle seguenti percentuali:

<i>A</i>	<i>B</i>
<i>PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA</i>	<i>PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE</i>
25	1
26	3
27	5
28	7
29	9
30	11
31	13
32	15
33	17
34	19
35	21
36	23
37	25
38	27
39	29
40	31
41	33
42	35
43	37
44	39
45	41
46	43
47	45
48	47
49	49
50	52
51	55
52	58
53	61

A	B
PERCENTUALE INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELLA SOMMA ASSICURATA DA LIQUIDARE
54	64
55	67
56	70
57	73
58	76
59	79
60	82
61	85
62	88
63	91
64	94
65	97
66	100
Oltre 66	100

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24,99% (ventiquattro per cento) della totale.

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di Denuncia del Sinistro e comunque non oltre 18 (diciotto) mesi da tale data.

Nel caso di premorienza dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità permanente derivante dalla Malattia o dall'Infortunio o all'accertamento Medico-legale della Società, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalidità permanente, la Società prevede che gli eredi dell'Assicurato possano dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata sulla base della Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124. La visita Medico Legale verrà effettuata dal Medico della Società, il quale definirà il grado di Invalidità Permanente. Qualora l'Assicurato o il Medico da lui incarico non convenga con le conclusioni raggiunte dal Medico della Società, varrà quanto previsto dal successivo Art. 65.

Art. 38 - Diaria da Inabilità Temporanea da Infortunio

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

- a) Se un Infortunio causa l'Inabilità temporanea dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale ed a condizione che il Sinistro sia notificato entro 90 (novanta) giorni dall'Infortunio, la Società pagherà la Diaria giornaliera indicata nel Certificato:
 - i) in misura pari al 100% (cento per cento) per tutto il tempo in cui l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua occupazione abituale,
 - ii) in misura del 50% (cinquanta per cento) per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte la sua occupazione abituale, in relazione al

grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

- b) **La Diaria per l'Inabilità temporanea sarà pagata per un massimo di 365 giorni (trecentosessantacinque). La Diaria giornaliera sarà pagata dopo che siano trascorsi i giorni di Franchigia indicati nel Certificato dalla data dell'Infortunio che ha causato l'inabilità, purché il Sinistro sia indennizzabile ai sensi della presente Polizza.**
- c) **Nel caso di ritardata Denuncia del Sinistro, la Diaria giornaliera sarà pagata a partire dal giorno della data di notifica del Sinistro ma in ogni caso non si provvederà ad alcun rimborso per notifiche fatte oltre i 90 (novanta) giorni dalla data del Sinistro.**
- d) **Il pagamento della Diaria giornaliera cesserà immediatamente alla prima delle seguenti date:**
 - i) **data in cui il trattamento per l'Infortunio è considerato completato, come certificato dal documento medico emesso dal Medico curante;**
 - ii) **data secondo cui il Medico incaricato dalla Società considera che l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività di lavoro abituale;**
 - iii) **data in cui il grado di Invalidità Permanente dell'Assicurato può essere stabilito con precisione;**
 - iv) **data della morte dell'Assicurato.**

Art. 39 - Diaria da ricovero da Infortunio

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

La Società assicura in caso di ricovero in Istituti di Cura, legalmente riconosciuti, a seguito di un Infortunio indennizzabile ai sensi delle Condizioni di Assicurazione il pagamento dell'la Diara da ricovero indicata nel Certificato per ogni giorno di degenza **per un periodo massimo di 120 (centoventi) giorni e per ogni anno assicurativo. Sono esclusi i ricoveri determinati da:**

- a) **intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;**
- b) **cure e da interventi per la eliminazione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio), per le cure e protesi dentarie. Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.**

La Denuncia del Sinistro relativa alla copertura di cui al presente articolo, deve essere fatta nel termine e con le modalità previste al successivo Art. 47, Denuncia del sinistro e obbligo relativi della Sezione 7 – Denuncia di Sinistro.. La Liquidazione dell'indennizzo viene effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura. La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici da parte di esperti incaricati dalla Società, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Art. 40 - Indennità da Gessatura

(valida solo se espressamente richiamata nel Certificato)

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile secondo i termini di Polizza, l'Assicurato sia soggetto a Gessatura, la Società corrisponde la Diaria giornaliera indicata nel Certificato, **dalle ore 24 del giorno di applicazione della Gessatura e sino al giorno di rimozione della stessa fino a un periodo massimo di 30 (trenta) giorni.**

In caso di applicazione del collare di Schanz o assimilabili, per traumi distorsivi al rachide cervicale senza lesione mio-capsulo-legamentosa-scheletrica documentata da accertamenti strumentali, **l'indennità verrà corrisposta per un periodo massimo di 20 (venti) giorni per sinistro.**

Se l'Infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Diaria da ricovero non è cumulabile con quella da Gessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero e terminerà in ogni caso entro il trentesimo giorno dalla data del Sinistro.

Sezione 5 - Delimitazioni Ed Esclusioni Di Carattere Generale

Art. 41 - Esclusioni

Ferme restando le Esclusioni/Limitazioni previste nelle singole sezioni delle presenti Condizioni di Assicurazione e fermo restando quanto previsto dalle singole prestazioni assicurative, sono esclusi dalla presente Assicurazione gli Infortuni e le Malattie derivanti:

- a) 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.);
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato ovvero della Contraente;
- c) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;
- d) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) da abuso di alcol alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- f) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari o derivanti dall'Evento dannoso;
- h) da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- i) dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;

- j) dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo.

La Società, in qualità di assicuratore, non fornirà copertura e/o non è tenuta a pagare alcun indennizzo e/o fornire alcuna prestazione assicurata ai sensi della presente Polizza, se il pagamento di tale richiesta o esecuzione di tale prestazione esporrebbe l'Assicuratore a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione delle Nazioni Unite o le sanzioni commerciali o economiche in base a leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito e/o degli Stati Uniti d'America.

Art. 42 - Persone non assicurabili - Limiti di età

La copertura Infortuni non copre persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Tuttavia, ciò premesso, si da atto che la Contraente è esonerata dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di Infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurazione Infortuni non copre le persone di età superiore ai 85 (ottantacinque) anni compiuti. Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'Assicurazione cessa al momento della prima scadenza annuale relativa al pagamento Premio, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che, in tal caso, verranno restituiti.

Relativamente alle sole coperture aventi ad oggetto il verificarsi di una Malattia, l'Assicurazione non vale:

- a) per le persone di età superiore ai 65 (sessantacinque) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale relativa al pagamento del Premio immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età;
- b) per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza l'Assicurazione cessa al momento in cui si manifesta una delle predette condizioni;
- c) durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto di soggiorno o una limitazione di circolazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente del medesimo luogo;
- d) per patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile (come ad esempio Coronavirus/COVID-19).

Art. 43 - Limiti territoriali

L'Assicurazione vale per tutto il mondo, fatto salvo per i territori, aree geografiche, località o eventi per i cui il ministero degli esteri, l'OMS (Organizzazione mondiale della sanità) o qualsiasi autorità del paese da cui o verso il quale state viaggiando abbia sconsigliato qualsiasi tipo di spostamento e/o soggiorno.

Art. 44 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da Condizioni Mediche Preesistenti o sopravvenute; **pertanto l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure per 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 viene liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle Condizioni Mediche Preesistenti.

Art. 45 - Cumulo di Indennità

L'indennità per Inabilità temporanea da Infortunio è cumulabile con quella per Morte da Infortunio o per Invalidità Permanente da Infortunio. Se dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità Permanente da Infortunio, **ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio, e in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore. Il diritto all'indennità per Inabilità temporanea e Invalidità Permanente é di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo non ancora liquidato od offerto.

Limite Massimale

Resta inteso che i Massimali indicati all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione si intendono unici e si applicano in aggregato per tutti i certificati relativi alla Polizza e per tutte le polizze stipulate dalla Contraente – o per il tramite di una Cassa di Assistenza in qualità di associata – con la Società per il rischio Infortuni e Malattia.

Massimale catastrofale

Fermi i limiti stabiliti per gli Infortuni aeronautici, nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone Assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore al Massimale Catastrofale pari ad € 15.000.000 (quindici milioni). Se gli indennizzi che sarebbero stati complessivamente dovuti in assenza del Massimale eccedessero tale importo, la Società procederà alla riduzione proporzionale.

Invalidità Permanente da Malattia

La copertura non potrà in alcun caso cumularsi con quella di “Invalidità Permanente da infortunio” qualora le Invalidità permanenti di cui alle coperture “Invalidità Permanente da

Infortunio” ed *“Invalidità Permanente da Malattia”* derivino dal medesimo Evento dannoso.

Inabilità temporanea da Infortunio

Tale copertura non é cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per *“Diaria da ricovero da Infortunio”* e *“Indennità da Gessatura”* e *“Diaria da coma da Infortunio”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Diaria da ricovero da Infortunio

La *Diaria da ricovero da Infortunio* non é cumulabile con la copertura *“Inabilità temporanea da Infortunio”*, *“Indennità da Gessatura”* e *“Diaria da coma da Infortunio”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Indennità da Gessatura

Tale copertura non é cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per *“Diaria da ricovero da Infortunio”*, *“Inabilità temporanea da Infortunio”* e *“Diaria da coma da Infortunio”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Lenti e occhiali

Tale copertura non potrà in alcun caso cumularsi con quella di *“Cure dentarie”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Cure dentarie

Tale copertura non potrà in alcun caso cumularsi con quella di *“Lenti e occhiali”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Ristrutturazione dell’abitazione

Tale copertura non potrà in alcun caso cumularsi con quella di *“Riconversione dell’autoveicolo”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Riconversione dell’autoveicolo

Tale copertura non potrà in alcun caso cumularsi con quella di *“Ristrutturazione dell’abitazione”*. In tal caso, l’Assicuratore rimborserà esclusivamente l’indennizzo più alto tra quelli di cui l’Assicurato avrebbe diritto.

Art. 46 - Esclusione di Russia, Ucraina e Bielorussia

Nonostante qualsiasi disposizione contraria all'interno della presente Polizza (inclusa qualsiasi appendice alla stessa), la presente Polizza non fornisce copertura per eventuali Infortuni, Malattie, responsabilità, danni, costi o spese e l'Assicuratore non avrà alcun obbligo di effettuare pagamenti a qualsiasi Contraente, Assicurato o terza parte nella misura in cui tale copertura o pagamento derivi da o si riferisca, direttamente o indirettamente, ad Attività nei Territori Esclusi.

Ai fini della presente Clausola: Il termine "Attività nei Territori Esclusi" indica qualsiasi attività, transazione, operazione, sussidiaria, società collegata, filiale, prodotto, proprietà, bene, persona fisica o giuridica correlata, situata o che abbia origine dai Territori Esclusi, o in transizione da, verso o attraverso i Territori Esclusi, o qualsiasi cittadino o qualsiasi persona normalmente residente nei Territori Esclusi, qualsiasi entità stabilita secondo le leggi dei Territori Esclusi, o qualsiasi entità posseduta o controllata da uno qualsiasi dei suddetti.

Sezione 6 - Denuncia Di Sinistro

Art. 47 - Denuncia del Sinistro e obblighi relativi

La denuncia di ogni Infortunio e/o Malattia, deve essere fatta allo Stabilimento per l'Italia ovvero alla Rappresentanza o Agente cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dalla Contraente e riconosciuto dalla Società, restando inteso che la Denuncia del Sinistro notificata al broker incaricato dalla Contraente non produce alcun effetto nei confronti della Società. Più precisamente:

Infortuni

L'Assicurato e/o la Contraente devono denunciare alla Società il sinistro **entro 15 (quindici) giorni dall'Infortunio stesso o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità** (fatto salvo quanto previsto in Polizza, per talune coperture, in caso di ritardata denuncia). La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato di un Medico comprovante tale Infortunio. **Nel caso di Inabilità temporanea da Infortunio, i certificati dovranno essere rinnovati e spediti alla Società alle rispettive scadenze e, qualora le stesse non vengano rispettate**, la Liquidazione dell'indennità verrà fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, **salvo che la Società possa stabilire una data anteriore**. Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore successive mediante comunicazione al seguente indirizzo e-mail **sinistri.it@sompo-intl.com**

ovvero mediante lettera raccomandata o telegramma da inviare al seguente indirizzo:

SI Insurance (Europe), SA - Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Gae Aulenti, 6 – Piano 2, Palazzo E1 - 20124 Milano, Italia.

L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Malattia

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi Malattia che, secondo parere di un Medico, possa provocare un'Invalidità Permanente indennizzabile secondo i termini di Polizza; **la denuncia deve essere effettuata entro 30 (trenta) giorni dal rilascio del relativo certificato di un Medico e comunque non oltre un anno dalla cessazione della Polizza.**

Ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile, l'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo di Denuncia del Sinistro del Sinistro entro i termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, può perdere o vedersi ridurre il proprio diritto all'indennizzo.

Relativamente alle Prestazioni assicurate di seguito riportate, fermo restando quanto già previsto, si precisa che:

Diaria da ricovero da Infortunio

La denuncia del Sinistro, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza della copertura, entro il 30° (trentesimo) giorno successivo a quello in cui è terminato il ricovero.

Diaria da coma conseguente da Infortunio

La Denuncia del Sinistro dovrà comprendere:

- a) Una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- b) a richiesta della Società, il certificato di un Medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- c) un certificato di un Medico che dimostri che l'Assicurato si trova in uno stato di coma ininterrotto;
- d) I documenti che stabiliscono il ruolo di Beneficiario in caso di morte.

La Società si riserva il diritto di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura e la sua applicabilità.

Danni estetici

La Denuncia del Sinistro dovrà comprendere un certificato Medico Legale che stabilisca il danno estetico dell'Assicurato causato dall'Evento dannoso.

Spese per ricerca e soccorso

Affinché vengano eseguiti i rimborsi, l'Assicurato deve necessariamente fornire alla Società l'originale della richiesta dettagliata di rimborso delle spese di ricerca e soccorso rilasciate dalle autorità locali.

Ristrutturazione dell'abitazione

Per beneficiare di tale prestazione l'Assicurato dovrà esibire le fatture relative alle opere realizzate nonché la documentazione prevista dall'art. 30 e di seguito riportata:

- a) fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle Sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta; e
- b) documentazione Medica attestante il deficit nella deambulazione dell'Assicurato tale per cui si è reso necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Riconversione dell'autoveicolo

Per beneficiare di tale prestazione l'Assicurato dovrà esibire le fatture relative alle opere realizzate nonché la documentazione prevista dall'art. 31 e di seguito riportata:

- a) fatture relative alle opere di riconversione dell'autoveicolo rese necessarie dalle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta; e
- b) documentazione Medica attestante il deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Rimborso costi assistenza psicologica

L'Assicurato o, in caso di morte dello stesso, il Beneficiario devono fornire alla Società:

- a) fatture originali delle consulenze prestate da un Medico e/o da uno psicologo;
- b) la prescrizione Medica che suggerisce l'intervento di uno psicologo;
- c) Una copia del certificato di stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di primo grado con l'Assicurato.

Art. 48 - Prova

Colui che richiede l'Indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi fondanti il proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i Medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 49 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta secondo le tempistiche indicate nelle singole coperture (e, in mancanza, entro 30 (trenta) giorni dalla denuncia di Sinistro con tutta la documentazione probatoria a corredo), ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità verrà corrisposta in Italia e in Euro. Resta inteso che gli eredi, in caso di premorienza dell'Assicurato rispetto all'avvenuto accertamento medico legale della Società previsto dalla presente Polizza, potranno dimostrare la sussistenza del proprio diritto all'indennizzo mediante consegna alla Società di documentazione, emessa da un Istituto di Cura o da un Medico curante, che possa essere ragionevolmente considerata idonea all'accertamento dei postumi.

Sezione 7 - Premio Di Assicurazione

Art. 50 - Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

La Contraente è tenuta a pagare, presso lo Stabilimento in Italia l'Italia della Società, ovvero presso l'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata della Polizza, il Premio indicato nel Certificato. Il Premio verrà corrisposto dalla Contraente in un'unica soluzione in sede di stipulazione dell'Assicurazione o verrà suddiviso in rate mensili in base a quanto meglio specificato nel Certificato. In caso di suddivisione del Premio in rate mensili, la prima rata dovrà essere pagata alla consegna della Polizza e/o Certificato, mentre le rate successive dovranno essere pagate nel rispetto delle scadenze indicate nel Certificato. A fronte di ogni pagamento effettuato dalla Contraente verrà rilasciata una Quietanza emessa dallo Stabilimento in Italia della Società, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo (fermo restando, in

ogni caso, quanto previsto dall'articolo 118 del Codice delle Assicurazioni per le somme rispettivamente incassate dall'Agente o dal Broker). Per la prima rata, l'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nel Certificato, se in quel momento il premio è stato pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di mora di trenta giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento delle rate di Premio scadute e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Il Premio è sempre determinato per un periodo di Assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 51 - Regolazione del Premio

Se il Premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato nel Certificato ed è regolato alla fine di ogni Periodo di Assicurazione annuo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il premio minimo indicato nel Certificato. **A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni Periodo di Assicurazione, devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione. Le obbligazioni relative alla regolazione del Premio sono essenziali per l'Assicuratore, sicché la mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce grave inadempimento e determina la presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Conseguentemente se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a copertura di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e le coperture restano sospese fino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi di comunicazione, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per contratti scaduti, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per la comunicazione ed il pagamento del Premio, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, la Società avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta per cento) dell'ultimo Premio risultante a consuntivo della regolazione.**

Assicurazione in base all'ammontare delle Retribuzioni

Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente

effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, **esclusi gli assegni familiari**. Per la Liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'Assicurato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'Infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "*retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese*" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i 90 (novanta) giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione presso la Contraente fino al giorno dell'Infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone Assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle Somme Assicurate e per il computo del Premio si farà riferimento alle risultanze del Libro Unico del Lavoro di cui all'articolo 39 del Decreto Legge 112 del 25 Giugno 2008 (così come convertito dalla Legge n.113 del 06 agosto 2008 e successive modifiche e integrazioni) e del Registro Infortuni, di cui al Decreto del Ministero per il Lavoro e la Previdenza Sociale del 12 settembre 1958, qualora esistente; **la Contraente si impegna ad esibire questi libri in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso**, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di Premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente paragrafo. Al Premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le tasse. Il Premio viene anticipato dalla Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Assicurazione stipulata in forma nominativa

La copertura assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato dalla Contraente al Certificato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle Categorie indicate nell'allegato Stato di Rischio. Le variazioni di rischio, aggiunte e diminuzioni di nominativi, dovranno essere immediatamente comunicate alla Società e/o all'Agente o Broker a cui la polizza è assegnata a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che la Contraente farà pervenire al suddetto intermediario.

Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per Somme Assicurate superiori a quelle indicati nell'allegato Stato di Rischio.

Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie ecc. o esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'Assicurazione avrà

effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo accettazione scritta da parte della Società non essendo a tal fine sufficiente il mero inserimento nel libro matricola allegato al Certificato. Al termine di ogni Periodo di Assicurazione annuale, o del minor periodo pattuito, si procederà alla regolazione del Premio anticipato in base ai tassi di premio convenuti ed ai capitali assicurati.

Le differenze attive risultanti, devono essere pagate entro 15 (quindici) giorni dalla presentazione al Contraente/Assicurato della relativa appendice di regolazione. Se la Contraente non effettua nel termine predetto il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine, non inferiore a 15 (quindici) giorni, trascorso il quale il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a copertura di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo il pagamento della differenza attiva, e le coperture restano sospese fino alle ore 24 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi di comunicazione, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per contratti scaduti, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente per la comunicazione ed il pagamento del Premio, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Sezione 8 – Disposizioni Comuni

Art. 52 - Recesso del contratto dopo ogni Denuncia di Sinistro

Dopo ogni Denuncia di Sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennità, la Società e/o la Contraente possono recedere dalla Polizza con preavviso di 30 (trenta) giorni all'altra parte. In caso di recesso della Società, salvo che il Premio sia convenuto in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, la Società rimborsa alla Contraente la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso; mentre, in caso di recesso della Contraente, saranno comunque dovute alla Società le restanti rate di Premio relative all'annualità in corso al momento del recesso.

La riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la Denuncia del Sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 53 - Variazione di Rischio - Diminuzione e Aggravamento del rischio

La Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni circostanza che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio assicurato dalla presente Polizza. Se la variazione implica Diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dalla Contraente. **Se la variazione implica Aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di trenta giorni decorrenti dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'Aggravamento del rischio. Il recesso della Società ha effetto immediato se l'aggravamento è tale per cui la Società non avrebbe stipulato l'Assicurazione, mentre ha effetto dopo quindici giorni se**

L'Aggravamento del rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore. Qualora si verificasse un Aggravamento del rischio, le Parti restano comunque libere di negoziare un accordo per la prosecuzione del contratto stesso mediante la redazione di un apposito atto di variazione, con l'obbligo per la Contraente di procedere al pagamento dell'integrazione di Premio pattuita. Gli Aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società, nonché la mancata comunicazione alla Società di qualsivoglia circostanza che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio assicurato dalla presente Polizza da parte della Contraente e/o dell'Assicurato, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 54 - Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato

La Società ha determinato il Premio e sottoscritto il Rischio di cui alla presente Polizza in base alle dichiarazioni fornite dalla Contraente e/o dall'Assicurato, il quale è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del Rischio da parte dell'Assicuratore. Le dichiarazioni inesatte o reticenze della Contraente e/o Assicurato 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. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.

Art. 55 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente/Assicurato è tenuta sono valide solo se fatte per iscritto alla Società all'indirizzo del proprio Stabilimento in Italia, ovvero presso l'Agente o il Broker cui la Polizza è assegnata ai sensi dell'art. 56 che segue, oppure al mandatario scelto dalla Contraente e riconosciuto dalla Società.

Art. 56 - Clausola Agente/Broker

La Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente contratto allo Spett.le agente/broker il cui nominativo è indicato nel Certificato; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Assicurazione saranno effettuati tempestivamente per conto della Contraente dallo stesso che - in caso di coassicurazione - tratterà con la Società Incaricata informandone le Società Coassicuratrici; parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società all'agente/broker indicato nel Certificato si intenderà come fatta alla Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni alla Società fatte dall'agente/broker e quelle fatte dalla Contraente, prevarranno queste ultime.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale Disdetta alla polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dalla presente Polizza.

Art. 57 - Decorrenza del contratto

La presente Assicurazione avrà efficacia – previo pagamento del Premio ai sensi dell'art. 50 - dalla data di Decorrenza delle coperture indicata nel Certificato.

Art. 58 - Anticipata risoluzione del contratto

Nei casi di recesso previsti dalle Condizioni di Assicurazione o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente e concordata dalla Società, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del Premio relativo al Periodo di Assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art. 59 - Durata e Tacito rinnovo

La Polizza ha durata annuale con la formula del tacito rinnovo.

In mancanza di Disdetta spedita dalla Contraente o dall'Assicuratore entro e non oltre 30 (trenta) giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione mediante lettera raccomandata A/R, la Polizza, di durata non inferiore ad un anno, si rinnova tacitamente per un'ulteriore annualità e così di seguito per le scadenze successive.

La disdetta della Contraente può essere spedita entro e non oltre 30 (trenta) giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione, mediante raccomandata A/R, inviata all'Assicuratore (fa fede la data del timbro postale)

Art. 60 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente e/o Assicurato.

Art. 61 - Assicurazione per conto altrui

La presente Assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile

Art. 62 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente Polizza, valgono le norme di legge. Qualsiasi interpretazione di questa Polizza verrà effettuata, ove non diversamente stabilito, in applicazione delle leggi dello Stato Italiano applicabili al presente contratto.

Art. 63 - Rinuncia al Diritto di Surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato (il quale potrà agire nei limiti imposti dall'art. 1905 c.c.) o suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 64 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del Codice Civile, la Contraente o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare alla Società eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate. Permane tuttavia l'obbligo alla Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per le stesse persone con la Società stessa. In caso di Sinistro, la Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice Civile).

Art. 65 - Collegio medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio, ***le Parti potranno conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di 3 (tre) medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.***

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del Medico designato, dopodiché la Società comunica all'Assicurato il nome del Medico che essa a sua volta designa. Il terzo Medico viene scelto dalle Parti all'interno di una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente competenza nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il 3° (terzo) Medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo Medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei Medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 66 - Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente polizza, il Foro competente sarà quello della Contraente e/o dell'Assicurato, a seconda della parte coinvolta nella controversia.

Art. 67 - Coassicurazione (articolo operante esclusivamente in caso di polizza ripartita in quote tra Società Coassicuratrici)

La presente Polizza è ripartita in quote tra le Società Coassicuratrici indicate nel Certificato. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. La Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza alla Società.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza – disciplinati da questa clausola – avverranno tra il Contraente e la Società per il tramite dell'Intermediario il quale tratterà con la Società informandone le Società Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Società, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare, in nome e per conto delle Società Coassicuratrici, esperti (Periti, Medici, consulenti, etc). E' fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite dell'Intermediario direttamente nei confronti di ciascuna Società Coassicuratrice.

Ogni modifica al contratto che richieda una stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo. La firma della Società apposta per mandato delle Società Coassicuratrici anche in loro nome e per loro conto, rende valida ad ogni effetto la presente Polizza e ogni sua modificazione.

Le Società Coassicuratrici danno atto che gli atti interruttivi della prescrizione notificati alla Società sono efficaci anche nei propri confronti.

Art. 68 - Buona fede

L'errore e/o l'omissione non intenzionale o involontario della Contraente, dell'Assicurato o delle persone di cui la Contraente deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa Assicurazione.

Quanto sopra non é operante per le disposizioni di cui all'art. 54 (**Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato**) delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior Premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si é verificata.

Art. 69 - Modifica del contratto

Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da specifico atto scritto di variazione sottoscritto sia dalla Contraente che dall'Assicuratore.

Clausole vessatorie

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di

Assicurazione:

Art. 3) Rischio volo

Art. 4) Limitazione relativa alle ernie

Art. 14) Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 41) Esclusioni

Art. 42) Persone non assicurabili - Limiti di età

Art. 43) Limiti territoriali

Art. 44) Criteri di indennizzabilità

Art. 45) Cumulo di Indennità

Art. 46) Esclusione Russia, Bielorussia ed Ucraina

Art. 47) Denuncia del Sinistro e obblighi relativi

Art. 50) Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

Art. 51) Regolazione del Premio

Art. 52) Recesso del contratto dopo ogni Denuncia di Sinistro

Art. 53) Variazione di Rischio - Diminuzione e Aggravamento del rischio

Art. 59) Durata e Tacito rinnovo

Allegato – Informativa Trattamento Dati Personali e Reclami

Informativa Trattamento Dati Personali

Sompo si impegna a rispettare tutte le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati e privacy, nonché a rispettare i diritti alla privacy e alla protezione dei dati di tutti coloro da cui raccoglie informazioni personali.

Per ulteriori informazioni si invita a consultare l'Informativa Privacy per Richiedenti e Titolari di Polizze Assicurative, disponibile online all'indirizzo <https://www.sompo-intl.com/wp-content/uploads/Privacy-Notice-for-Insurance-Applicants-and-Policyholders-Italian.pdf>.

Informativa Reclami

I reclami devono essere inviati all'Assicuratore per iscritto al seguente indirizzo:

SI Insurance (Europe) SA
Att.ne Ufficio Reclami - Responsabile Compliance
SI Insurance (Europe), SA
40 avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo
e-mail: complaints@sompo-intl.com (con in copia siie@legallmail.it)

Il reclamo deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

L'Assicuratore si impegna a rispondere a ogni reclamante senza ritardi ingiustificati, in ogni caso entro 45 giorni dalla data di ricezione del reclamo.

Qualora il reclamante non fosse soddisfatto della risposta fornita dall'Assicuratore o non ricevesse alcuna risposta entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS)
Via del Quirinale 21, 00187 Roma (Italia)
telefono: 800 486661 (dall'Italia) - +39 06 42021 095 (dall'estero)
fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
e-mail PEC: ivass@pec.ivass.it

Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'Assicuratore o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro fornito dallo stesso rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di legge e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente; ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito www.ivass.it nella sezione relativa ai reclami, scaricabile anche al seguente indirizzo https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.

Alternativamente, essendo l'Assicuratore una società avente sede legale in Lussemburgo, il reclamante potrà rivolgersi alla seguente Autorità lussemburghese competente:

Commissariat aux Assurances
7 boulevard Joseph II, L-1840 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo
fax: +352 22 69 10

e-mail: reclamation@caa.lu

sito web: www.caa.lu

All'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf è disponibile il modulo da compilare per la presentazione del reclamo.

Inoltre, se il reclamante è un Consumatore (cioè una persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), è possibile rivolgersi al seguente Ombudsman assicurativo in Lussemburgo:

Association des Compagnies d'Assurances (ACA)

c/o Médiateur en Assurance

B.P. 448, L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo

fax: +352 44 02 89

e-mail: mediateur@aca.lu

sito web: <https://www.aca.lu/>

Si ricorda che prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet all'indirizzo <http://www.arbitroassicurativo.org>. Consultare il sito per maggiori dettagli sui requisiti di ammissibilità dei ricorsi e sulle modalità di presentazione.
- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
- Attivare la procedura di Arbitrato, qualora previsto dalle condizioni di assicurazione.
- Ricorrere alla Negoziatazione Assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'avvocato dell'Assicuratore.
- Ricorrere alla Mediazione interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile al sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). In materia di contratti assicurativi, la mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale nei confronti dell'assicuratore.