



FASCICOLO INFORMATIVO

(ai sensi degli Artt.30 e segg. del Reg. IVASS n° 35 del 26/05/2010)

Convenzione UNAGIPA Unione Nazionale Giudici di Pace Contratto di assicurazione multirischi "SpecialtySolutions"

Aggiornato a Maggio 2014

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa;
- b) Condizioni Generali di Polizza;
- c) Informativa sul Trattamento dei dati personali

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista,

della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione, leggere attentamente la Nota Informativa.





NOTA INFORMATIVA DANNI

Data dell'ultimo aggiornamento dei dati contenuti nella presente Nota Informativa: 14.05.2014

Per la consultazione degli aggiornamenti del presente Fascicolo Informativo si rinvia al sito web dell'impresa: <http://www.aig.co.it>.

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, la presente Nota Informativa riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico del Contraente o dell'Assicurato, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenza" dal Regolamento IVASS n. 35.

I termini utilizzati nella presente nota informativa assumono il significato definito nell'ambito delle condizioni di assicurazione.

Il presente documento non può in ogni caso derogare quanto espressamente previsto nell'ambito delle Condizioni di Polizza che prevarranno sulla nota informativa. Eventuali pattuizioni in deroga o in aggiunta a quanto previsto nel presente documento possono essere contenute nelle appendici integrative e/o negli allegati alle condizioni di polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

1. Informazioni Generali

- AIG Europe Limited. Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260. Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito.
- La presente polizza di assicurazione è emessa da AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, filiale con sede legale in Via della Chiusa, 2, 20123, Milano, Italia - Tel: +39 02.36.90.1 Fax. 02 36 90 222.
- Sito web: www.aig.co.it
- Indirizzo e-mail: info.italy@aig.com
- AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia è soggetta alla vigilanza dell'autorità di vigilanza per il mercato assicurativo inglese Prudential Regulation Authority. AIG Europe Limited è autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento ed il numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione è I.00106. I regimi normativi vigenti in altri paesi in cui opera AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quello esistente nel Regno Unito. L'attività di AIG Europe Limited sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS.

Fascicolo Informativo – Allegato A
14.05.2014

Data ultimo aggiornamento

Pag. 2 di 11



AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 - 20123 Milano
Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. / P.I. 08037550962 - REA Milano n. 1999051

Sede Secondaria di AIG Europe Limited - Registrata in Inghilterra e nel Galles con il numero 01486260
Sede legale: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londra EC3M 4AB, Regno Unito - Capitale Sociale Sterline 197.118.479



2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa¹

- AIG Europe Limited ha un patrimonio netto pari a £ 3.280 milioni (€ 4.044 milioni), di cui £ 197milioni (€ 242 milioni) a titolo di capitale sociale e £ 3.083milioni (€ 3.801 milioni) a titolo di riserve patrimoniali.
- L'indice di solvibilità della compagnia, inteso come il rapporto tra il margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 466%. Questo coefficiente è basato sul requisito patrimoniale minimo introdotto dal regime Solvency 1, ottenuto sulla base del Regulatory Return presentato a fine anno dalla compagnia.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha durata annuale ed è stipulato con la formula del tacito rinnovo.

Avvertenza:

In mancanza di disdetta inviata dalla Società o dall'Assicurato/Aderente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza originaria e/o delle successive scadenze anniversarie, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, la copertura assicurativa a favore del singolo Assicurato/Aderente è prorogata di un ulteriore anno, e così di seguito per le annualità successive. Resta inteso che la disdetta della convenzione assicurativa stipulata dalle Parti (la Società e UNAGIPA) non avrà impatto sulle prestazioni assicurative in corso per i singoli Assicurati/Aderenti; in tal caso le coperture assicurative prestate a favore di ciascun singolo Assicurato/Aderente perdureranno sino alla loro naturale scadenza, come indicata nel relativo certificato di Polizza. Si rinvia all'art. 3.2 (Durata della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente) delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative di cui al presente contratto di Assicurazione multirischi sono prestate in forma di convenzione a favore di Coloro che aderiscano individualmente ad UNAGIPA ovvero aderiscano tramite Associazioni affiliate, socie ovvero iscritte ad UNAGIPA in qualità di soggetto Contraente della convenzione assicurativa con la Società. L'adesione alla convenzione è facoltativa per ogni singolo Assicurato.

Nei limiti ed alle condizioni di Polizza, è prevista la seguente Garanzia Base:

- **Indennizzo per Morte da Infortunio.** In caso di infortunio che comporti come conseguenza il decesso dell'Assicurato/Aderente, e questo si verifichi entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato/Aderente in parti uguali.

Nei limiti e alle condizioni di Polizza, sono inoltre previste le seguenti Garanzie Opzionali operanti solo ove espressamente richiamate nel frontespizio di polizza ed esclusivamente per le categorie di Assicurati/Aderenti per cui sono stabilite le somme assicurate:

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato. La conversione da sterline ad euro è basata sul cambio ufficiale di mercato al 30 novembre 2012.





- **Indennizzo per Invalidità Permanente.** In caso di infortunio che comporti come conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio stesso è avvenuto, la Società liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124";

Per maggiori dettagli sulle garanzie offerte si rinvia al Frontespizio di Polizza, al Capitolo 6 (Operatività delle Coperture), all'art. 7.1 (Indennizzo per Morte da Infortunio) ed alla Sezione Garanzie Opzionali, artt. 1 (Indennizzo per Invalidità Permanente) e 2 (Contagio da HIV, Epatite B o C) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza:

Il presente contratto è soggetto a condizioni di assicurabilità, limitazioni, esclusioni e condizioni di sospensione che possono determinare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul Frontespizio di Polizza, nonché sul contenuto degli artt. 2.2.1 (Condizioni Generali), 3.2 (Durata della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente), 3.7 (Buona Fede), 4.2 (Limite di età), 4.5 (Esclusioni), 5.3 (Criteri di indennizzabilità), e Capitolo 6 (Operatività delle coperture) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza:

Il presente contratto prevede franchigie, limiti di indennizzo e somme assicurate. A tal proposito, si richiama l'attenzione sul Frontespizio di Polizza, nonché sul contenuto degli artt. 3 (Limite di risarcimento), 4.4 (Eventi catastrofali), 4.6 (Somme Assicurate), 5.3 (Criteri di indennizzabilità), 5.4 (Cumulo di indennizzi caso morte e invalidità permanente), e 5.5 (Franchigia) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza:

Al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato/Aderente durante il periodo di assicurazione in corso, il capitale assicurato per il caso morte e invalidità permanente s'intende ridotto del 50%, e non potrà in ogni caso eccedere il limite massimo di Euro 100.000,00.

Si rinvia all'art. 4.3 (Limite di età) delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alla circostanza del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato/Aderente, relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto o in occasione dei successivi rinnovi, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del contratto di assicurazione. Si richiama l'art. 3.6 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio) delle Condizioni Generali di Assicurazione.



5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il Contraente o l'Assicurato/Aderente devono dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento o diminuzione del rischio o variazione nella professione. Gli aggravamenti di rischio e variazioni nella professione non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del contratto ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile. Nel caso in cui la variazione del rischio e/o della professione comportino invece diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile. Si richiama l'art. 3.3 (Variazioni di rischio) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Di seguito, sono indicate a titolo esemplificativo alcune circostanze che possono costituire un aggravamento del rischio:

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una malattia grave o di una invalidità permanente comporta aggravamento di rischio.

Di seguito, sono indicate a titolo esemplificativo alcune circostanze che possono costituire una diminuzione del rischio

VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA

Un cambiamento dell'attività professionale svolta, che comporti il passaggio da una categoria di rischio più elevato ad una categoria di rischio inferiore (ad esempio da "Operaio" a "Impiegato") costituisce diminuzione del rischio.

6. Premi

L'Assicurato/Aderente è tenuto al pagamento del Premio di Polizza mediante bonifico bancario versato sul C/C indicato dalla Contraente della convenzione assicurativa ovvero da associazioni ad essa iscritte o affiliate. Il Premio di Polizza ammonta ad Euro 50,00 ed andrà pagato in un'unica soluzione da parte del singolo Assicurato/Aderente.

Si rinvia agli artt. 2.3 (Pagamento del Premio) e 2.5 (Ripartizione del Premio) delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza:

Non sono previsti sconti di premio da parte della Società o dell'Intermediario.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

In caso di inclusioni ed esclusioni di singoli Assicurati durante il periodo assicurativo in corso, sono previste ipotesi di adeguamento e regolazione del Premio di Polizza. Si rinvia all'art. 2.2 (Condizioni valide per assicurazioni stipulate in forma nominativa) delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



8. Diritto di recesso

Avvertenza:

Ciascun Assicurato/Aderente potrà recedere dal contratto di Assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla data di effetto della copertura, come determinata secondo l'art. 3.1 (Decorrenza della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente) delle Condizioni Generali di Assicurazione, secondo le modalità ivi indicate. Resta inteso che la cessazione, per qualsiasi causa, della convenzione assicurativa stipulata dalle Parti (la Società e UNAGIPA) non avrà impatto sulle prestazioni assicurative in corso per i singoli Assicurati/Aderenti; in tal caso le coperture assicurative prestate a favore di ciascun singolo Assicurato/Aderente perdureranno sino alla loro naturale scadenza, come indicata nel relativo certificato di Polizza.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

A tal proposito, si precisa che vengono applicate le imposte alle garanzie sotto riportate come da elenco sottostante:

INDENNIZO PER MORTE DA INFORTUNIO	2,50%
INDENNIZO PER INVALIDITA' PERMANENTE	2,50%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

La denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società, o all'intermediario cui è assegnata la polizza, entro 30 (trenta) giorni dall'infortunio e dal momento in cui l'Assicurato/Aderente o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.

A tal proposito si richiamano gli artt. 5.1 (Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi) e 5.3 (Criteri di indennizzabilità), delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



13. Reclami

Siamo convinti che ogni cliente meriti un servizio tempestivo, cortese ed efficiente. Nel caso in cui il nostro servizio non soddisfi le vostre aspettative potete contattarci agli indirizzi e secondo le modalità qui di seguito indicate.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri dovranno essere formulati per iscritto all'Assicuratore ed indirizzati a:

AIG Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia

Servizio Reclami

Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano

Fax 02 36 90 222

e-mail: servizio.reclami@aig.com

Sarà cura della Compagnia informare il reclamante dell'avvenuta ricezione e della presa in carico del reclamo, entro 5 giorni dalla ricezione dello stesso. La Compagnia comunicherà gli esiti del reclamo al reclamante il prima possibile, e comunque entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, potranno essere presentati direttamente a:

IVASS

Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

contestualmente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET

- eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi;
- i reclami già presentati direttamente all'Assicuratore e che non hanno ricevuto risposta entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento da parte della compagnia stessa o che abbiano ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente.

Il nuovo reclamo dovrà contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro della stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

In mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c) l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità



si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso in cui le Parti si siano accordate per una legislazione diversa da quella italiana, l'organo incaricato di esaminare gli eventuali reclami sarà quello eventualmente previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'autorità competente e il Contraente Arbitrato.

14. Arbitrato

Avvertenza:

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, la Società e l'Assicurato/Aderente potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti. In caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato/Aderente.

A tal proposito, si richiama l'art. 5.2 (Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni) delle Condizioni Generali di Assicurazione.



GLOSSARIO

Il presente paragrafo della Nota Informativa contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di assicurazione.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Polizza.

Assicurato	nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.
Assicurazione	l'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.
Assicurazione infortuni	Il contratto di assicurazione con il quale l'assicuratore si impegna a garantire all'assicurato l'indennizzo dei danni conseguenti ad un infortunio, dal quale derivi un'inabilità permanente e un'inabilità temporanea a svolgere un'attività lavorativa oppure la morte.
Accessori	Maggiorazione del premio netto, espressa in percentuale e/o in cifra assoluta, che pur essendo indicata separatamente, forma parte integrante del premio stesso
Carenza	Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.
Certificato di polizza	Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza dell'assicurazione. Dal certificato deve risultare, tra l'altro, il periodo di assicurazione per il quale l'assicurato ha pagato il premio.
Codice delle Assicurazioni	il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.
Contraente	il soggetto che stipula l'assicurazione con la Società e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà).
Danno indennizzabile	danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.
Denuncia di sinistro	Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro. Salvo diversa previsione contrattuale, l'avviso deve essere dato entro tre giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato, o dalla data in cui l'assicurato ne è venuto a conoscenza.



Dichiarazioni precontrattuali	Informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione. Tali informazioni consentono all'assicuratore di effettuare una corretta valutazione del rischio e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare l'assicuratore su aspetti rilevanti per la valutazione del rischio, l'assicuratore può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o meno intenzionale o gravemente negligente.
Disdetta	Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione
Franchigia/scoperto	Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato. La franchigia, di regola espressa in cifra fissa o in percentuale, si applica sulla somma assicurata, ed il suo ammontare è quindi definibile a priori. Essa si differenzia proprio per questo dallo scoperto, in quanto quest'ultimo, espresso in percentuale, si applica sul danno, ed il suo ammontare non è quindi definibile a priori.
Indennizzo	la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
Intermediario	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Indennizzo/somma assicurata	l'obbligazione massima della Società per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.
Nota informativa	Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La nota informativa contiene informazioni relative all'Impresa di assicurazione e informazioni relative al contratto (garanzie ed opzioni, durata del contratto, modalità di versamento dei premi, regime fiscale, legislazione applicabile, reclami in merito al contratto, ecc.).
Periodo di assicurazione	Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.
Perito	il libero professionista incaricato dalla Società di stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS.
Polizza	il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.
Premio lordo	il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle prestazioni assicurate



Premio netto	Il premio lordo al netto di accessori e delle imposte
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rivalsa	il diritto che spetta alla Società nei confronti dell'Assicurato e che consente alla Società di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.
Sinistro	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	l'impresa assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.
Surrogazione	la facoltà della Società che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

AIG Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

**AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per
l'Italia**

Dr. Roberto Ferrarini

**CONVENZIONE ASSICURATIVA INFORTUNI AD ADESIONE FACOLTATIVA
A FAVORE DEGLI ISCRITTI ALL'UNIONE NAZIONALE GIUDICI DI PACE (UNAGIPA)**

L'anno duemila____, il giorno__ del mese di_____ in _____ via _____

TRA

AIG Europe Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, "AIG" o la "Compagnia"), con sede in Milano, via della Chiusa 2, 20123, numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano/ C.F./ P.I. 08037550962, REA Milano n. 1999051, autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento, numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di assicurazione I00106, in persona di Marco Dalle Vacche, General Manager

E

Unione Nazionale Giudici di Pace (di seguito, UNAGIPA o il "Contraente"), con sede in Roma, via Meropia, 85 Codice Fiscale/Partita IVA 97256970589,

di seguito anche definite ciascuna singolarmente la "Parte" e congiuntamente le "Parti"

PREMESSO CHE

- UNAGIPA intende promuovere tra gli esercenti le attività di Giudici di Pace un programma infortuni a libera adesione individuale;
- AIG si è resa disponibile a prestare in regime di convenzione a favore di tutti gli iscritti che intenderanno aderire, le coperture assicurative di cui alla Polizza Infortuni "SpecialtySolutions", il cui testo è allegato alla presente Convenzione;
- UNAGIPA ha valutato positivamente il contenuto del programma assicurativo proposto dalla Compagnia;
- La Convenzione verrà gestita dall'intermediario Marsh S.p.A. (nel seguito, il "Broker"), con sede in Padova, Via San Crispino 114, cap 35129. Tutti i rapporti inerenti alla presente Convenzione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker, il quale tratterà con la Compagnia; ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e sue integrazioni e modificazioni, il Contraente e la Compagnia si danno reciprocamente atto che i rapporti intercorrenti tra loro avverranno per il tramite del Broker;

Tutto ciò premesso,

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ARTICOLO 1

PREMESSE ED ALLEGATI

1. Le premesse e gli allegati costituiscono parte integrante e sostanziale della presente Convenzione (la "Convenzione").

ARTICOLO 2

OGGETTO E CONTENUTO DELLA CONVENZIONE

1. L'accordo ha per oggetto la prestazione, da parte della Società, delle coperture assicurative infortuni di cui alla Polizza "SpecialtySolutions" allegata alla presente Convenzione (All. 1). Le coperture in oggetto verranno prestate in convenzione a favore

di tutti coloro che aderiscano individualmente, ovvero tramite Associazioni affiliate, socie ovvero iscritte alla Contraente, che assumeranno la veste di Assicurati/Aderenti.

2. Tutte le condizioni, esclusioni e garanzie ed in generale il testo della Polizza e le tariffe oggetto della Convenzione hanno contenuto predeterminato dalla Compagnia e non potranno essere modificati se non con espresso consenso delle Parti. Tutte le eventuali modifiche saranno oggetto di comunicazione agli Assicurati/Aderenti da parte della Contraente della presente Convezione.
3. Le Parti concordano che alla Contraente non è conferito alcun potere di rappresentanza della Compagnia e che essa non potrà pertanto concludere contratti in nome e per conto della Compagnia, né in suo nome e per suo conto apportare modifiche a proposte o contratti già conclusi, assumere obbligazioni ovvero concedere sconti o dilazioni. Nessun contratto potrà intendersi concluso senza l'accettazione della Compagnia, che verrà espressa in via automatica mediante l'emissione del certificato di polizza a favore dell'Assicurato/Aderente.

ARTICOLO 3

DESTINATARI

1. Possono stipulare l'assicurazione di cui alla presente Convenzione tutti coloro che aderiscano individualmente ad UNAGIPA ovvero aderiscano tramite Associazioni affiliate, socie ovvero iscritte ad UNAGIPA, che assumeranno così la veste di Assicurati/Aderenti.

ARTICOLO 4

OBBLIGHI DELLA CONTRAENTE

si impegna a:

comunicare tempestivamente alla Compagnia o al Broker qualsiasi richiesta e/o corrispondenza, ricevute dai clienti o altro fatto o circostanza che possa incidere sul rapporto contrattuale con il cliente Assicurato/Aderente.

ARTICOLO 5

RECLAMI

1. AIG tratterà ogni reclamo concernente il rapporto contrattuale con gli Assicurati/Aderenti e relativo alle polizze assicurative oggetto della presente Convenzione nel rispetto della normativa vigente ed in conformità alla procedura aziendale interna.
2. UNAGIPA si impegna a notificare tempestivamente, e comunque entro 2 giorni dalla ricezione, ad AIG (all'attenzione del Servizio Reclami - Servizio Reclami AIG, via della Chiusa 2, 20123 Milano; indirizzo e-mail servizio.reclami@aig.com, fax 02 3690222) qualsiasi eventuale reclamo che dovesse ricevere in merito alle polizze assicurative oggetto della presente Convenzione, così da consentire ad AIG un pronto riscontro al Cliente nelle tempistiche previste dalla normativa vigente e dalle procedure interne di gruppo cui è egualmente vincolata.

ARTICOLO 6

TUTELA DEI DATI PERSONALI. RISERVATEZZA

1. Ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche o integrazioni le Parti convengono che entrambe, per quanto concerne il trattamento dei dati personali e sensibili relativi allo svolgimento delle attività di cui al presente Accordo, agiranno in qualità di Titolare Autonomo. Pertanto le Parti saranno tenute all'adempimento dei rispettivi obblighi di legge. Con riferimento alla presente Convenzione ciascuna parte attesta di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali effettuato dall'altra Parte.

2. Nell'espletamento del presente Accordo, la Contraente e la Compagnia potrebbero venire a conoscenza di notizie riservate relative alle rispettive organizzazioni, prodotti e clientela. Le Parti si obbligano, salvo quanto strettamente necessario all'esecuzione dell'incarico di cui al presente Accordo, sia durante lo svolgimento dello stesso che successivamente alla sua cessazione, a:
 - mantenere segreti e confidenziali e non divulgare o rivelare a terzi tutti i dati, le informazioni tecnico-commerciali economiche e finanziarie, nonché le notizie ed informazioni relative alla Contraente e/o alla Compagnia, ai prodotti offerti dalla Compagnia ed alla clientela della Compagnia (diversa da quella rilevante ai sensi e per gli effetti del presente Accordo) di cui dovessero venire a conoscenza o che verranno fornite durante lo svolgimento del presente Accordo ("Informazioni Riservate");
 - astenersi dall'utilizzare sia direttamente che indirettamente le Informazioni Riservate, salvo preventiva autorizzazione scritta della controparte;
 - non divulgare o rivelare a terzi tali dati e/o informazioni riservate

ARTICOLO 7

FORO COMPETENTE

1. La presente Convenzione è regolata dalla legge italiana. La soluzione di ogni controversia dipendente dalla interpretazione e/o dalla esecuzione della Convenzione sarà di competenza del Foro [dove risiede l'Assicurato.](#)

ALLEGATI :

1. Polizza Infortuni "SpecialtySolutions"

Letto, approvato e sottoscritto

_____ li _____

**Unione Nazionale Giudici di Pace
(UNAGIPA)**

**AIG Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia**

AIG



SPECIALTYsolutions

INDICE

ARTICOLO 1: Definizioni

ARTICOLO 2: Gestione della Polizza

ARTICOLO 3: Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 4: Delimitazione del Rischio

ARTICOLO 5: Gestione dei Sinistri

ARTICOLO 6: Operatività delle Coperture

ARTICOLO 7: Garanzie Base



Premessa

Le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal Contraente. Le clausole che prevedono oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni, diritti di rivalsa e limitazioni della copertura, sono state evidenziate con particolari caratteri (**grassetto**).

Resta inteso che:

- nel garantire la copertura assicurativa la Società si basa sulle dichiarazioni e sulle altre informazioni fornite dal Contraente. Tali dichiarazioni e informazioni costituiscono un presupposto della copertura stessa e sono considerate vincolanti e facenti parte integrante della presente polizza, ai sensi degli Artt.1892, 1893, 1894 e 1910 C.C.;
- le Definizioni hanno valore convenzionale ed integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Capitolo 1 – Definizioni

INFORTUNIO

E' considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente ovvero – dove previsto - una inabilità temporanea o ricovero.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile.

ASSICURATO/ADERENTE

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, iscritto individualmente ad UNAGIPA ovvero tramite Associazioni affiliate, socie ovvero iscritte ad UNAGIPA e che aderisce alla convenzione assicurativa sottoscritta dal Contraente.

ASSICURAZIONE

Il presente contratto di Assicurazione.

BENEFICIARIO

Il soggetto designato dall'Assicurato a percepire l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.

BROKER

Marsh S.p.A.
Via San Crispino 114
35129 Padova

CONTRAENTE

UNAGIPA – Unione Nazionale Giudici di Pace

RICOVERO/DEGENZA

La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, **restando inteso che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come giorno di ricovero/degenza.**

STATO DI COMA

Stato di profonda incoscienza spesso prolungata in cui un individuo è incapace di sentire o di rispondere a stimoli esterni od a esigenze interne. Richiede, inoltre, l'uso persistente e continuo di sistemi artificiali di supporto di mantenimento in vita per un periodo di almeno 96 ore e ha come conseguenza diretta un deficit neurologico permanente.

CONVALESCENZA

Periodo di recupero per ordine di un medico a seguito di ricovero superiore ai 5 (cinque) giorni.

OSPEDALE ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale sia privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. **Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali e/o istituti simili.**

VOLO DI LINEA

Volo effettuato con un veicolo abilitato al trasporto di almeno 20 passeggeri che operi per una Società aerea a condizione che: 1 - detta Società sia in possesso di un certificato per il trasporto pubblico di passeggeri e che



effettui il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati; 2 - che il volo venga effettuato regolarmente e con continuità sulle rotte e orari pubblicati nella ABC World Airways Guide.

ESTERO

Mondo intero. **Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.**

GUERRA

Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

FRANCHIGIA

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SOCIETÀ

AIG Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia - Via della Chiusa, 2 – 20123 Milano.

VIAGGIO DI LAVORO

Viaggio di lavoro effettuato per conto ed in relazione agli affari della Contraente e da questi espressamente autorizzato. Il Viaggio di Lavoro inizia quando l'Assicurato lascia l'abituale posto di lavoro e/o la sua residenza e termina quando lo stesso fa rientro in uno di tali luoghi.

Capitolo 2 – Oggetto dell'Assicurazione

2.1 AMBITO DI OPERATIVITÀ

L'assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato/Aderente subisca nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in Polizza e/o extraprofessionale. Sono assicurabili, **fermo restando le esclusioni e limitazioni di Polizza all'uopo applicabili**, Coloro che aderiscano individualmente ad UNAGIPA ovvero tramite Associazioni affiliate, socie ovvero iscritte ad UNAGIPA soggetto Contraente della convenzione assicurativa.

2.2 PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato/Aderente è tenuto al pagamento del Premio di Polizza mediante bonifico bancario versato. Il Premio di Polizza andrà pagato in unica soluzione, secondo gli importi che seguono:

- 1) Assicurati/Aderenti che entreranno in copertura dal 30 giugno 2014 ed entro il 31 dicembre 2014 premio lordo di € 50,00;
- 2) Assicurati/Aderenti che entreranno in copertura dal 31 dicembre 2014 ed entro il 30 giugno 2015 premio lordo di € 25,00;

2.3 RIPARTIZIONE DEL PREMIO

Su richiesta della Contraente, la ripartizione della quota di premio tra infortuni professionali ed extraprofessionali è quella indicata nel Certificato di Assicurazione.



Capitolo 3 – Condizioni Generali di Assicurazione

3.1 DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER SINGOLO ASSICURATO/ADERENTE

La copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente avrà effetto a partire dalle ore 24 del giorno di adesione come riportato sul Modulo di Adesione. In caso contrario, la copertura sarà operante a partire dalle ore 24 del giorno del pagamento.

3.2 DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER SINGOLO ASSICURATO/ADERENTE

DIRITTO DI RECESSO DALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER SINGOLO ASSICURATO/ADERENTE

Fermo restando quanto riportato nell'articolo che precede, ciascun Assicurato/Aderente ha diritto di esercitare il diritto di recesso entro 30 gg dalla data di effetto della copertura. La comunicazione della volontà di recesso dovrà essere effettuata per iscritto ed inviata al Broker incaricato dalle Parti, secondo le seguenti modalità:

1. casella e.mail infermieri magistrati.italia@marsh.com

2. posta raccomandata con ricevuta di ritorno Marsh S.p.A. Via San Crispino 114, 35129 Padova

In tal caso la Società rimborserà all'Assicurato/Aderente la parte di Premio pagato relativa al periodo di rischio non corso.

DATA DI EFFETTO E DURATA DELLA CONVENZIONE

La convenzione assicurativa avrà decorrenza alle ore 24 del 31 luglio 2014 e scadenza alle ore 24 del 31 luglio 2015; per le annualità successive, avrà scadenza alle ore 24 di ogni 31 Luglio.

MODALITA' DI DISDETTA E RINNOVO DELLA CONVENZIONE E DELLA COPERTURA DEL SINGOLO ASSICURATO/ADERENTE

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata A.R. da una delle Parti all'altra almeno 30 giorni prima della scadenza originaria e/o delle successive scadenze anniversary, la convenzione assicurativa si intenderà tacitamente rinnovata alle condizioni in essere per un periodo di un anno e così di seguito per le annualità successive.

Resta inteso che la disdetta della convenzione assicurativa stipulata dalle Parti non avrà impatto sulle prestazioni assicurative in corso per i singoli Assicurati/Aderenti; in tal caso le coperture assicurative prestate a favore di ciascun singolo Assicurato/Aderente perdureranno sino alla loro naturale scadenza, come indicata nel relativo certificato di Polizza.

3.3 VARIAZIONI DI RISCHIO

Salvo quanto previsto al capitolo 2 con riferimento alla comunicazione dei dati necessari per il calcolo del premio, la Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. **Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.**

3.4 COMPETENZA TERRITORIALE

Per ogni controversia tra le parti della Presente Polizza è competente il foro di residenza o domicilio dell'Assicurato o, a scelta dell'Assicurato, quello del luogo dove è stato concluso il contratto.

3.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto qui non diversamente regolato, valgono le vigenti norme di Legge.

3.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché il recesso o l'annullamento del contratto, ai sensi degli Artt.1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

3.7 BUONA FEDE

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni della Contraente di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa assicurazione.

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui al precedente articolo. 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 è verificata.

3.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per le stesse persone con altre Società.

3.9 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

3.10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

3.12 ONERI FISCALI

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

3.13 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 la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art.1891 Codice Civile.

3.14 BENEFICIARI

La Società dà e prende atto che beneficiari delle somme garantite in caso di Morte degli Assicurati si intendono gli eredi legittimi e/o testamentari, salvo diversa dichiarazione scritta rilasciata dagli Assicurati stessi ed allegata agli atti che formano parte integrante del contratto.

3.15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o al Broker al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dal Broker si intenderanno fatte alla Società.

Capitolo 4 – Delimitazione del Rischio

4.1 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

4.2 LIMITE DI ETÀ

Ai fini della presente Assicurazione e solo per la garanzia Infortuni, salvo il caso di deroga concordata con la Società, al compimento dell'ottantesimo anno di età del singolo Assicurato/Aderente durante il periodo di assicurazione in corso, il capitale assicurato per il caso morte e invalidità permanente s'intende ridotto del 50%, e non potrà in ogni caso eccedere il limite massimo di Euro 100.000,00.

4.3 LIMITE DI RISARCIMENTO

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 20.000.000,00

4.4 EVENTI CATASTROFALI

In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati ai sensi della presente Polizza, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di Euro 20.000.000,00.

4.5 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) Stato di guerra (dichiarata e non) salvo se diversamente concordato;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- c) Rischio volo salvo se su voli di linea o voli charter in qualità di passeggero;
- d) dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- e) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la presente esclusione si intende non operante;
- f) un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un autoveicolo;
- g) da uso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) Malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
- i) da paracadutismo e sport aerei in genere salvo se diversamente concordato;
- j) dalla pratica di qualsiasi sport a titolo professionale o semiprofessionale per il quale l'Assicurato percepisca una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

4.6 SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate in relazione alle garanzie offerte dalla Società sono convenute nei seguenti importi:

- Indennizzo per Morte da Infortunio: Euro 50.000;
- Indennizzo per Invalidità Permanente: Euro 50.000;

Capitolo 5 – Gestione dei Sinistri

5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, **deve essere fatta per iscritto alla Società, o al Broker al quale è assegnata la Polizza, entro 15 giorni dall'infortunio e dal momento in cui la Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano ragionevolmente avuto la possibilità.** Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.

L'Assicurato o, in caso di morte l'erede, deve consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Denuncia del presunto contagio

L'assicurato/Aderente e/o la Contraente deve denunciare il sinistro entro 15 giorni dal presunto contagio dal momento cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da tutta la documentazione medica e clinica come indicato dalla garanzia "CONTAGIO da HIV, Epatite B o C".

5.2 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato a un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

5.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive **dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute**, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

5.4 CUMULO DI INDENNIZZI CASO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. **Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.** Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

5.5 FRANCHIGIA

Le franchigie eventualmente presenti si intendono operanti secondo quanto stabilito nei capitoli 7.1 e 7.2.

Capitolo 6 – Operatività delle Coperture

L'art.2.1 riporta quale delle seguenti coperture sono oggetto di assicurazione:

- **Rischio Professionale ed Extra professionale:** durante le attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza, nonché ogni altra attività che non abbia carattere professionale;
- **Rischio professionale:** durante le attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza;
- **Rischio Professionale compreso rischio itinere:** durante le attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza, compreso rischio itinere così come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000;

- Rischio in itinere: così come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000
- Durante le attività oggetto di copertura: durante qualsiasi attività svolta sotto l'egida e rientrante negli scopi della Contraente, sempreché documentate attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente;
- Durante le attività oggetto di copertura compreso rischio itinere: durante qualsiasi attività svolta sotto l'egida e rientrante negli scopi della Contraente, sempreché documentate attraverso verbali, corrispondenza certa con data, atti di repertorio della Contraente. Le garanzie si intendono estese al rischio itinere sempreché alla guida del veicolo ci sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni di Legge vigenti al momento del sinistro.

6.1 ESTENSIONE DELLA NOZIONE DI INFORTUNIO

Sono considerati infortuni ai sensi della presente polizza:

- 1) l'asfissia **non di origine morbosa**;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento o il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
- 5) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**;
- 6) le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - a) **nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10%** (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
 - b) qualora sorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al Capitolo 5 – Gestione dei Sinistri;
 - c) se l'infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di Inabilità Temporanea, sempreché sia previsto in polizza, fino ad un periodo di giorni 30 successivi a quello dell'infortunio.
- 7) le punture di insetti (**escluso la malaria**), morsi di rettili e animali;
- 8) il contatto accidentale con corrosivi.

Sono compresi in garanzia anche:

- 9) gli infortuni derivanti dalla guida di 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 giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato quando alla guida del veicolo non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a quello previsto a termini di legge, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 10) gli infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza, **purché non conseguenti a malattie croniche accertate che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti e le conseguenze del diabete**;
- 11) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 12) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 13) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

6.2 GARANZIE OPZIONALI

Le coperture previste dalle garanzie opzionali sono soggette a tutte le condizioni, disposizioni, limitazioni ed esclusioni della presente polizza salvo se espressamente modificate.

Capitolo 7 – Garanzie Base

7.1 INDENNIZZO PER MORTE DA INFORTUNIO

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata **purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto**. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dalla scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato, non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

La garanzia è prestata con l'applicazione della seguente franchigia:

- **Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 10% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.**

7.2 INDENNIZZO PER INVALIDITA' PERMANENTE

La presente garanzia si intende operante solo se espressamente richiamata nel frontespizio di Polizza. Sono fatte salve tutte le condizioni, disposizioni, delimitazioni ed esclusioni della Polizza, ove non espressamente modificate dalla presente clausola.

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica **entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto**, la Società liquida per tale titolo l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124". La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della tabella sopraindicata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

La garanzia è prestata con l'applicazione della seguente franchigia:

- **Non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 10% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 10% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.**