





la tua protezione

Contratto di Assicurazione

INFORTUNI DELL'AVVOCATO ISCRITTO ALLA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE

Modello 1031/6162 - Ed. 15.07.2017

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA
DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

***UnipolSai Infortuni dell'Avvocato
iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza
e Assistenza Forense***

Ed. 15.07.2017

1 NOTA INFORMATIVA	PAGINA
A • INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	
1 - Informazioni generali	2 di 8
2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 8
B • INFORMAZIONE SUL CONTRATTO	
3 - Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	2 di 8
4 - Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio	3 di 8
5 - Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione	3 di 8
6 - Premi	3 di 8
7 - Diritto di recesso	4 di 8
8 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 8
9 - Legge applicabile al contratto	4 di 8
10 - Regime fiscale	4 di 8
C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	
11 - Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	4 di 8
12 - Reclami	4 di 8
13 - Arbitrato	5 di 8
GLOSSARIO	6 di 8

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAGINA
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 15
NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI	4 di 15
NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	7 di 15
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	13 di 15

3 INFORMATIVA PRIVACY	PAGINA
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al Contratto di Assicurazione Infortuni dell'Avvocato iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link [http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento Fascicoli Informativi.aspx](http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx).

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario Assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n.046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado n.45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.7096584, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n.357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n.276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.528.469.295,01, con capitale sociale pari ad € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 3.117.825.796,04. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a 2,43 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, con possibilità però per il Contraente e la Società di escludere il tacito rinnovo.

Avvertenza: in caso di stipulazione con tacito rinnovo la disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza, dalla parte recedente all'altra parte con lettera raccomandata oppure a mezzo fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) se l'Assicurato e/o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo".

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto, nei limiti previsti in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione, offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali.

La copertura *Infortuni* prevede in caso di Infortunio professionale la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- *Morte*, con pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro; ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro; l'Assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.4 "Garanzie prestate" lettera A) "Morte";
- *Invalità Permanente*, con pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalità Permanente accertata, distinguendo

nella quantificazione – a seconda delle tabelle di Indennizzo applicate – tra Invalidità fino al 60%, dal 61% al 99% e pari al 100%; si vedano in particolare le tabelle di cui agli Artt. 3.4 “Criteri di valutazione dell’Invalidità Permanente” e 3.5 “Criteri di Indennizzo dell’Invalidità Permanente”, nonché i casi particolari disciplinati dagli Artt. 3.6 “Ernie traumatiche o da Sforzo” e 3.7 “Eventi naturali catastrofici”.

- *Rimborso spese mediche da Infortunio*, comprendente il rimborso delle spese di cura, inclusi tra gli altri gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e l’acquisto di presidi o tutori prescritti dai sanitari, sostenute non oltre due anni dalla data in cui si è verificato l’Infortunio. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all’Art. 2.4 “Garanzie prestate” lettera C).
- *Inabilità Temporanea Totale da Infortunio*, (con pagamento per intero della somma pattuita per ogni giorno di totale incapacità fisica a svolgere l’attività indicata in Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all’Art. 2.4 “Garanzie prestate” lettera D).

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto alle “NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI” delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell’Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 2.3 “Esclusioni”, 3.2 “Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti”. Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia alle “NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI” e le “NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI” per gli aspetti di dettaglio. Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell’articolo 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio in materia di sospensione in corso di contratto si rinvia a quanto previsto agli Artt. 1.3 “Decorrenza della garanzia”, 1.6 “Frazionamento del Premio”.

Avvertenza: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile, con minimi in Euro) e Franchigie (esprese in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell’Indennizzo. La Franchigia può essere “relativa”, e in tal caso non viene applicata se il danno accertato è superiore alla Franchigia stabilita (quindi l’Indennizzo risulta integrale) oppure “assoluta”, venendo cioè in ogni caso detratta dal danno indennizzabile.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all’Art. 2.4 “Garanzie prestate” lett. B) “Invalidità Permanente da Infortunio”, lett. C) “Rimborso spese mediche da Infortunio”, lett. D) “Inabilità Totale da Infortunio”, Art. 3.7 “Eventi naturali catastrofici” nella Scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione del contratto.

Esempio di Franchigia assoluta riguardante la garanzia Invalidità Permanente:

Somma assicurata pari a € 100.000,00,
Invalidità Permanente accertata pari al 10%,
Franchigia assoluta pari al 5%,
Indennizzo pari a € 5.000,00 (10% – 5% = 5%, da applicare su € 100.000,00).

Esempio di Scoperto con minimo non indennizzabile in Euro riguardante la garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio:

spesa sanitaria pari a € 1.000,00,
Scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50,00 e massimo € 250,00,
Indennizzo corrisposto € 900,00;
spesa sanitaria pari a € 200,00,
Scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50,00 e massimo € 250,00,
Indennizzo corrisposto € 150,00 (si applica il minimo non indennizzabile di € 50,00 in quanto lo Scoperto del 10% è pari a € 20,00).

4. Dichiarazioni dell’Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio

Avvertenza: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all’Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all’Art. 1.1 “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio”.

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione

L’Assicurato/Contraente deve comunicare in forma scritta alla Società ogni aggravamento del Rischio, pena la possibile perdita del diritto all’Indennizzo o sua riduzione o la cessazione del contratto stesso ai sensi dell’articolo 1898 del Codice Civile. È altresì possibile comunicare l’avvenuta diminuzione del Rischio: in tal caso la Società è tenuta a ridurre il Premio a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata successiva alla comunicazione dell’Assicurato o del Contraente, ai sensi dell’articolo 1897 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.7 “Aggravamento del Rischio”, 1.8 “Diminuzione del Rischio”.

A titolo esemplificativo costituisce aggravamento o diminuzione di Rischio una variazione dell’attività svolta dall’Assicurato rispetto a quella dichiarata.

6. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall’articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l’intermediario. Previo accordo della Società il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi – più eventuale frazione di mese – del Premio annuo lordo all’atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente, oppure può essere corrisposto in un’unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale.

L’eventuale frazionamento è indicato nella Scheda di polizza.

7. Diritto di Recesso

Avvertenza: in caso di Sinistro il Contraente e la Società possono recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'Art. 1.10 "Recesso in caso di Sinistro".

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (articolo 1899, 1° comma, del Codice Civile). Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo".

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

9. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'articolo 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il Rischio è ubicato in Italia.

È facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle Assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

10. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede diverse garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

a) Infortuni: 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: Relativamente alla copertura Infortuni il Sinistro si intende avvenuto al verificarsi dell'Infortunio. Il Contraente/ Assicurato o gli aventi diritto devono dare avviso scritto del Sinistro alla Società o all'intermediario a cui è assegnato il contratto entro 10 giorni dall'Infortunio o comunque dal momento in cui ne hanno avuto la possibilità. In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi ad accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto agli Artt. 3.1 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" della sezione Infortuni, nonché – più in generale sull'intera procedura liquidativa – al capitolo C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" delle Condizioni di Assicurazione.

12. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Reclami e Assistenza Specialistica Clienti

Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353

e-mail: reclami@unipolsai.it Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIMe Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 – 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.
- procedura di arbitrato di cui al punto seguente prevista dalle Condizioni di Assicurazione all'Art. 3.12 "Arbitrato irrituale".

13. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 3.12 "Arbitrato irrituale".

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.

Avvertenza: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio, indennizzabile a termini di contratto.

Day Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

Difetto fisico/Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro.

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

Forma di copertura: ambito di operatività della copertura assicurativa Infortuni, indicata in Scheda di polizza.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico. Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

Inabilità Temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità Permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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 esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Lavoro aereo: attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa – addestramento – passaggio macchina – lancio paracadutisti – traino alianti – traino striscioni – riprese aeree cinefotogrammatiche – osservazione senza impianti fissi – lancio manifestini – radio misure – calibrazione apparati di terra per navigazione aerea – presentazione, esibizione, dimostrazione, collaudo – voli prova – sorveglianza linee elettriche/condotte – soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello – eliambulanza – gare acrobatiche – tentativi di primato – trasporto cose al gancio baricentrico – posa materiali – Off-shore – supporto pesca – appontaggio navi – spegnimento incendi.

Periodo assicurativo – Annualità assicurativa: in caso di contratto di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza del contratto stesso.

In caso di contratto di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto del contratto e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: tutti i documenti che costituiscono l'Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura. La degenza in ospedalizzazione domiciliare viene parificata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scheda di polizza: documento che prova l'Assicurazione.

Scoperto: importo che rimane a carico dell'Assicurato espresso in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzabile che spetterebbe in assenza dello Scoperto stesso.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato anche volontariamente – che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: l'impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Somma assicurata: è la somma indicata nella Scheda di polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell'Indennizzo.

Sport Aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con: Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante, alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili ultraleggeri, deltaplani, paramotori, parapendii, apparecchi e/o attrezzi per il volo da diporto o sportivo, paracadutismo.

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e comunque specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico; intendendosi per tali i campionati che possano svolgersi in ambito provinciale, regionale, nazionale e/o internazionale.

Sport ad Alto Rischio: intendendosi per tali: alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano contatto fisico, bob, canoa fluviale oltre il 3° grado, discesa di rapide, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, football americano, free climbing, guidoslitta (bob-sleigh), helisnow, immersione con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello), comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua, jet ski, kite surf, lotta nelle sue varie forme, pugilato, rafting, rugby, hockey, salto con l'elastico (bungee jumping), salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremi (effettuati fuori pista in zone distanti non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita) slittino (skeleton), snowrafting, sollevamento pesi, speleologia;

Sport Professionistici: quelli svolti in maniera continuativa nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti e che costituisca fonte principale di reddito per l'Assicurato.

Sport del tempo libero: si intendono per tali quelli aventi finalità strettamente ricreativa anche se effettuati in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione sal-tuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistica. Rientrano nell'ambito della pratica di sport del tempo libero anche le attività sportive che comportino la partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, nonché a gare e competizioni aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 15/07/2017

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di Assicurazione:

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 – Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 – Decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.4 – Proroga del contratto, Periodo assicurativo

Qualora il contratto venga stipulato con tacito rinnovo in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax, il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente. Il Periodo assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Pertanto, ai sensi dell'Art. 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore ai cinque anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Art. 1.5 – Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.6 – Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.7 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti 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'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.8 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 1.9 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o mediante fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.10 – Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra parte.

La relativa comunicazione, effettuata con lettera raccomandata o a mezzo telefax, diventa efficace:

- dopo 30 giorni dalla data di invio quale risultante dal timbro postale se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro postale o del rapporto telefax se inviata dal Contraente.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.

L'eventuale incasso di Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.11 – Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo dovuto, la Società provvede entro 30 giorni dalla data di restitui-

zione della quietanza debitamente firmata, al pagamento, a condizione che non sia stata fatta opposizione o non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto.

Art. 1.12 – Pattuizione della non rinnovabilità del contratto

Quando è pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.13 – Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le somme assicurate.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 1.14 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 2.1 - Oggetto dell'Assicurazione - Forma di copertura Lavoro

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle seguenti garanzie e Somme Assicurate:

- **Morte € 100.000,00**
- **Invalidità Permanente € 100.000,00**
- **Rimborso Spese mediche da Infortunio € 1.500,00**
- **Inabilità Temporanea totale € 50,00**

le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato - Avvocato, collaboratori, praticanti e dipendenti per i quali non sia operante la copertura assicurativa obbligatoria I.N.A.I.L. - nello svolgimento della propria attività professionale, compresi gli infortuni che si verificano durante il percorso dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e tragitto inverso. La garanzia comprende altresì gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il tragitto occorrente per recarsi al luogo ove sono chiamati ad espletare il loro mandato e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio.

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste sono compresi anche:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, **con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;**
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture sottocutanee dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella di Valutazione di cui all'Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, **con l'esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori.** Tale estensione è valida purché l'Assicurato alla data del Sinistro risulti garantito con contratto di Assicurazione Infortuni della Società da almeno 180 giorni senza soluzione di continuità;
- h) le lesioni determinate da Sforzi, **con esclusione di ogni tipo di infarto;**
- i) le ernie traumatiche o da Sforzo, **con esclusione di ogni altro tipo di ernia,** secondo i criteri di Indennizzo previsti dall'Art. 3.6 "Ernie traumatiche o da Sforzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- j) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- k) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza
- l) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- m) le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua **purché non derivanti da immersioni con uso di autorespiratore.**

Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dal successivo Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero".

Art. 2.2 - Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari

Sono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

A) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa agli Infortuni derivanti da atti di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano, per un periodo massimo di **14 giorni** dall'insorgere di tali eventi **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello stato estero.**

B) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente, salvo il caso di legittima difesa.

C) Rischio Volo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero, su Aeromobili, **da chiunque eserciti tranne che:**

- da società/aziende di Lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

Rimangono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei comunque effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili. Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

D) Rischio eventi naturali catastrofici

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, le garanzie, **limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente,** sono operanti anche per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul **50%** delle rispettive Somme assicurate, secondo i criteri di indennizzo previsti dall'Art. 3.7 - Eventi naturali catastrofici delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli

- all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera C)"Rischio volo";
 - c) pratica di Sport del tempo libero ancorché inerenti l'attività professionale;
 - d) pratica di Sport Professionistici;
 - e) pratica di Sport Agonistici;
 - f) pratica di Sport ad Alto Rischio;
 - g) pratica di Sport Motoristici o Motonautici;
 - h) pratica di Sport Aerei;
 - i) guida e uso di mezzi subacquei;
 - j) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - k) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
 - l) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero" e lettera B) "Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo";
 - m) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
 - n) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
 - o) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
- Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:**
- p) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e i contagi da virus HIV e Epatitico.

Art. 2.4 - Garanzie prestate

A) Morte

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato.

La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari, o in difetto di designazione gli eredi, hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

Se il decesso avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese da questi sostenute per il rimpatrio della salma nel limite del 10% della Somma assicurata.

B) Invalidità Permanente da Infortunio (Franchigia 5%)

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia è prestata anche se l'Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% (Franchigia) non è previsto alcun Indennizzo.

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo "A1) Garanzia Invalidità Permanente" di cui all'Art. 3.5 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

C) Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del contratto, la Società assicura secondo le modalità e i limiti indicati all'art. 3.8 "Liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche da Infortuni", il rimborso delle spese di cura rese necessarie dall'Infortunio e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché in caso di Intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- i medicinali, i trattamenti fisioterapici rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- gli interventi di chirurgia plastica ed estetica e le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall'Infortunio;
- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- il rimborso delle spese per le protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre due anni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;
- il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura, **entro il limite del 50% della Somma assicurata.**

D) Inabilità Temporanea Totale

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea la Società corrisponderà, **per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio**, l'indennità giornaliera assicurata integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale dichiarata.

I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di **10 giorni di Franchigia**.

La suddetta Franchigia per Inabilità Temporanea non si applica quando l'Infortunio comporti:

- un Ricovero in Istituto di Cura pari o superiore a due giorni;
- un Day Hospital di un giorno con Intervento chirurgico.

L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 3.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società o all'agenzia a cui è assegnato il contratto, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o – in caso di impedimento per le conseguenze riportate – dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto disposto dall'articolo 1915 del Codice Civile.

Relativamente alla garanzia Inabilità Temporanea l'Indennizzo sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato.

In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di Inabilità certificati.

Art. 3.2 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver 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, minorazione o Difetto fisico, l'Indennità spettante ai sensi di Polizza verrà liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 3.3 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza dell'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore.

In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

- il certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- il certificato autoptico;
- il certificato di non gravidanza della coniuge superstite;
- altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.

Art. 3.3.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte.

Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli articoli 726 e 727 del codice di procedura civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, 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 residua.

Art. 3.4 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella sottostante TABELLA DI VALUTAZIONE e con i seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla va-

lutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;

- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate in tabella saranno dimi-
nuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo con-
to dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

Arto/Organo	% di Invalidità Permanente in caso di perdita totale anatomica o funzionale	
Un arto superiore	70%	
Una mano o avambraccio	60%	
Un pollice	18%	
Un indice	14%	
Un medio	8%	
Un anulare	8%	
Un mignolo	12%	
Una falange del pollice	9%	
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Un piede	40%	
E Entrambi i piedi	100%	
Un alluce	5%	
Un altro dito del piede	1%	
Una falange dell'alluce	2,5%	
Un arto inferiore al disopra del ginocchio	60%	
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile	2%	
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
Un occhio	25%	
Entrambi gli occhi	100%	
Un rene	15%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Perdita totale della voce	30%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	una vertebra cervicale	12%
	una vertebra dorsale	5%
	12° dorsale	10%
	una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo.	2%	
Esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile	3%	
Instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore	9%	
Rottura sottocutanea di un tendine del bicipite branchiale	5%	
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo	9%	
Rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%	

Art. 3.5 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente".

TABELLA DI INDENNIZZO:

A1) Garanzie Invalidità Permanente

Grado di Invalidità Accertato	Invalidità Permanente (Franchigia 5%) Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	12
17	14
18	16
19	18
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
Da 61 a 99	100
100	150

Art. 3.6 - Ernie traumatiche o da Sforzo

L'Invalidità Permanente conseguente a ernia traumatica o da Sforzo verrà indennizzata con le seguenti modalità:

- se l'ernia, secondo parere medico, risulta operabile, e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad $\frac{1}{100}$ della Somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per un durata pari al periodo di Ricovero necessario al relativo Intervento chirurgico. Tale indennità è cumulabile con le altre indennità previste dal contratto;
- se l'ernia, secondo parere medico, risulta non operabile, la Società corrisponde un Indennizzo in base al grado di Invalidità Permanente eventualmente residuo, valutabile in ogni caso in misura non superiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale.

In caso di contestazioni circa l'operabilità e la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 3.12 "Arbitrato irrituale".

Art. 3.7- Eventi naturali catastrofici

Limitatamente agli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni, l'Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente", verrà liquidata secondo le modalità di seguito riportate:

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49

50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
Da 61 a 99	100
100	150

Art. 3.8 - Liquidazione della garanzia Rimborso Spese mediche da Infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, secondo la previsione dell'Art. 2.4 "Garanzie Prestate" - lettera C), la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio. Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate, **previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio che rimane a carico dell'Assicurato.**

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporta:

- il ricovero in Istituto di cura;
- un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute **non oltre due anni dalla data dell'infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un anno.**

Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza **fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia.**

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei Cambi.

Art. 3.9 - Criteri di Indennizzo della Garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalla garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio di cui all'Art. 2.4 "Garanzie prestate" - lettera D), valgono le norme riportate nelle singole sezioni di garanzia.

Art. 3.10 - Anticipo Indennizzo

A) Per Inabilità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al **50%** del presumibile Indennizzo da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- risulti prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Inabilità Permanente pari o superiore al 15%.

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che danno diritto all'anticipo, salvo sempre il diritto della Società alla restituzione in seguito all'emergere di fatti che comportino l'inoperatività anche parziale della garanzia.

B) Per Inabilità Temporanea

In caso di Infortunio che comporti una Inabilità Temporanea di durata di almeno **60 giorni** senza soluzione di continuità, certificato da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a **30 giorni** a titolo di anticipazione dell'Indennizzo dovuto.

Il pagamento dell'acconto non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità pattuite, pertanto nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 3.11 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per gli Indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 3.12 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche

nell'ipotesi che questi non sia il Contraente Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti; questa perizia collegiale è valida anche se uno dei medici non la sottoscrive.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Testo articoli del Codice Civile, del Codice della Navigazione e del Codice di Procedura Civile richiamati in Polizza.

CODICE CIVILE

Art. 58 – Dichiarazione di morte presunta dell'assente.

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente [c.c. 49] il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia.

In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente. Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

- 1) Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la Morte presunta nei casi seguenti:
- 2) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 3) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 4) quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

Art. 62 – Condizione e forme della dichiarazione di Morte presunta

La dichiarazione di Morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di Morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di Morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la Somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 – Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 – Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione;

l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 – Conseguenze della scomparsa in mare.

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio,

nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorsi due anni dall'avvenimento, viene dichiarata la Morte presunta a norma dell'articolo 60 n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Art. 838 – Conseguenze della scomparsa

Le conseguenze della scomparsa da bordo o per perdita dell'aeromobile sono regolate dagli articoli 211 e 212. Le competenze dell'autorità marittima sono attribuite all'autorità di pubblica sicurezza.

Art. 726 – Domanda per la dichiarazione di morte presunta

La domanda per la dichiarazione di morte presunta si propone con ricorso, nel quale debbono essere indicati il nome, cognome e domicilio dei presunti successori legittimi dello scomparso e, se esistono, del suo procuratore o rappresentante legale e di tutte le altre persone, che, a notizia del ricorrente, perderebbero diritti o sarebbero gravate da obbligazioni per effetto della morte dello scomparso.

Art. 727 – Pubblicazione della domanda

Il Presidente del tribunale nomina un giudice a norma dell'articolo 723 e ordina che a cura del ricorrente la domanda, entro il termine che egli stesso fissa, sia inserita per estratto, due volte consecutive a distanza di dieci giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e in due giornali, con invito a chiunque abbia notizie dello scomparso di farle pervenire al tribunale entro sei mesi dall'ultima pubblicazione. Se tutte le inserzioni non vengano eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata. Il Presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

Ed. 15/07/2017



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it.

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il suo agente/intermediario, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie

- a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
 - 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
 - 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
 - 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

USA_Info_Cont_01 - ed. 01/07/2017



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it



il tuo lavoro

Contratto di Assicurazione per la

**RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE
DELL'AVVOCATO ISCRITTO
ALLA CASSA NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA FORENSE**

Modello 2227/6133 - Ed. 15.07.2017

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA
DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

**UnipolSai PROFESSIONE
AVVOCATO**

Ed. 15.07.2017

1 NOTA INFORMATIVA	PAGINA
A • INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	
1 - Informazioni generali	2 di 7
2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 7
B • INFORMAZIONE SUL CONTRATTO	
3 - Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	2 di 7
4 - Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio	3 di 7
5 - Aggravamento e diminuzione del Rischio	4 di 7
6 - Premi	4 di 7
7 - Rivalse	4 di 7
8 - Diritto di recesso	4 di 7
9 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 7
10 - Legge applicabile al contratto	4 di 7
11 - Regime fiscale	4 di 7
C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	
12 - Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	4 di 7
13 - Reclami	4 di 7
GLOSSARIO	6 di 7

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	PAGINA
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	2 di 11
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	4 di 11
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE	5 di 11
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	10 di 11

3 INFORMATIVA PRIVACY	PAGINA
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Responsabilità civile del professionista - Avvocato" (Regolamento Isvap n.35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "**Avvertenze**" sono stampate su fondo colorato, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link [http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento Fascicoli Informativi.aspx](http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx).

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario Assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n.046.
- Sede Legale: Via Stalingrado n.45 - 40128 Bologna (Italia).
- Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.7096584, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n.357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n.276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.528.469.295,01, con capitale sociale pari ad € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 3.117.825.796,04. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a 2,43 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di non tacito rinnovo e cessa pertanto alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Avvertenza: Si rinvia all'articolo 1.10 delle Condizioni generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità, i limiti e le esclusioni specificate in polizza, sono le seguenti:

a) - RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE DELL'AVVOCATO:

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per **Danni patrimoniali, non patrimoniali, indiretti, permanenti, temporanei, futuri** involontariamente cagionati a terzi, compresi i clienti, sia per colpa lieve che grave, nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza di **AVVOCATO** così come disciplinata dal comma 6 dell' art. 1 del Decreto del Ministero della Giustizia del 22 Settembre 2016.

Si rinvia agli articoli 3.1 e seguenti della Sezione Responsabilità civile verso terzi delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

- b) – **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.):** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni corporali, materiali, cagionati a terzi con colpa sia lieve che grave in conseguenza di un fatto accidentale inerente all'attività descritta in polizza esclusa quella professionale.
L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso delle persone delle quali debba rispondere.
Si rinvia agli articoli 3.1 e seguenti della Sezione Responsabilità civile verso terzi delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
- c) – **RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO DIPENDENTI (RCO/I):** la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione alle condizioni previste agli articoli 3.1 lett. b) e seguenti della Sezione Responsabilità civile verso terzi delle Condizioni di assicurazione, ai quali si invia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenze: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per le esclusioni generali si rinvia per gli aspetti di dettaglio ai seguenti articoli delle condizioni di assicurazione:

3.3 Sezione Responsabilità civile.

Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai singoli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenze: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione e alla Scheda di polizza. Le suddette franchigie non sono opponibili nei confronti dei terzi danneggiati, pertanto la Società liquiderà i sinistri totalmente e direttamente al terzo danneggiato, ferma in ogni caso la facoltà di recuperare l'importo dall'Assicurato.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della Franchigia:

1° esempio

Somma assicurata: € 10.000,00

Danno: € 1.500,00

Franchigia: € 500,00

Risarcimento al terzo danneggiato: € 1.500,00

Rivalsa nei confronti dell'Assicurato: € 500,00

2° esempio

Somma assicurata: € 10.000,00

Danno: € 200,00

Franchigia: € 500,00

Risarcimento al terzo danneggiato: € 200,00

Rivalsa nei confronti dell'Assicurato: € 200,00

Se il danno è inferiore alla franchigia, la Società recupererà dall'Assicurato l'intero importo del danno liquidato.

Meccanismo di funzionamento del Massimale:

1° esempio

Massimale: € 500.000,00

Danno: € 60.000,00

Franchigia: € 500,00

Risarcimento al terzo danneggiato: € 60.000,00

Rivalsa nei confronti dell'Assicurato: € 500,00

2° esempio

Massimale: € 500.000,00

Danno: € 600.000,00

Franchigia: € 500,00

Risarcimento al terzo danneggiato: € 500.000,00

Rivalsa nei confronti dell'Assicurato: nessuna.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio

Avvertenze: le eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il Rischio. Si rinvia agli articoli 1.5 "Aggravamento del Rischio" e 1.6 "Diminuzione del Rischio" delle Condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa all'Agenzia/ Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale che non comporterà oneri aggiuntivi. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, ai seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione: art. 1.3 "Pagamento del Premio e decorrenza delle Garanzie", art. 1.4 "Frazionamento del Premio".

7. Rivalse

Il contratto prevede ipotesi di rivalsa nei confronti degli assicurati da parte della Società.

Si rinvia all'Art. 3.10 – Franchigia, per gli aspetti di dettaglio.

8. Diritto di Recesso

È esclusa la facoltà di recesso dal contratto da parte della Società a seguito della denuncia di uno o più sinistri o del loro risarcimento.

In caso di Sinistro il Contraente può recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'Art. 1.8 "Recesso in caso di Sinistro" al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice civile).

Per le assicurazioni di responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione (Articolo 2952, comma 3, del Codice civile).

10. Legge applicabile al contratto

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11. Regime fiscale

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

Il premio è soggetto all'imposta secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore: Responsabilità civile: 21,25% (oltre 1% quale addizionale antiracket).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato devono comunicare entro tre giorni per iscritto all'Agente/Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società la data, ora, luogo dell'evento, le modalità di accadimento e la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze e l'importo approssimativo del danno, allegando alla denuncia tutti gli elementi utili per la rapida definizione delle responsabilità e per la quantificazione dei danni. I contenuti della denuncia devono essere anticipati con una comunicazione fax o comunicazione e-mail in caso di sinistro grave.

Si rinvia alla Sezione "Cosa fare in caso di sinistro" per gli aspetti di dettaglio delle procedure di accertamento e liquidazione del danno.

13. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti

Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS. Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni, o 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione:** contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile.
- **Assistenza giudiziale:** attività di patrocinio che ha inizio quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della controversia.
- **Assistenza stragiudiziale:** attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice e per evitarlo.
- **Attività professionale assicurata:** l'attività svolta dall'Assicurato e dichiarata in polizza, compreso lo svolgimento di attività complementari, sussidiarie ed accessorie ad essa pertinenti nonché l'erogazione di servizi, purché strettamente attinenti all'attività medesima.
- **Codice Privacy:** D. Lgs. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche e integrazioni.
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione, ossia l'avvocato regolarmente iscritto all'albo professionale del relativo ordine e/o lo studio associato.
- **Cose:** oggetti materiali e gli animali.
- **Danni corporali:** la morte o lesioni personali.
- **Danni indiretti:** danni non inerenti la materialità della cosa assicurata.
- **Danni materiali:** la distruzione o il danneggiamento di cose.
- **Danni materiali e diretti:** danni inerenti la materialità della cosa assicurata, che derivano dall'azione diretta dell'evento garantito.
- **Danno di natura contrattuale:** inadempimento o violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto scritto o verbale.
- **Danno di natura extracontrattuale:** danno ingiusto conseguente a fatto illecito.
- **Fatto illecito:** inosservanza di una norma di legge posta a tutela della collettività o comportamento che violi un diritto assoluto del singolo. Determina responsabilità ed obbligo al risarcimento. Non è inadempimento, ossia violazione di norme contrattuali.
- **Franchigia:** parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato.
- **Furto:** sottrazione della cosa mobile altrui a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto.
- **Incendio:** combustione con sviluppo di fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare che può autoestendersi e propagarsi.
- **Indennizzo/Risarcimento:** somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Introiti:** il volume di affari relativo all'attività oggetto di assicurazione dichiarato ai fini IVA, al netto dell'IVA.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Locali:** i locali adibiti a ufficio-studio costituenti un intero fabbricato o parte di esso, incluse le relative dipendenze (quali cantina, soffitta, garage, box) purché pertinenti al fabbricato stesso.
- **Perdite patrimoniali:** pregiudizio economico non conseguente a danni corporali o a danni materiali.
- **Periodo assicurativo - Annualità assicurativa:** In caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa. In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.
- **Premio:** somma dovuta alla Società dal Contraente a corrispettivo dell'assicurazione.

- **Prestatore di lavoro:** è la persona fisica della cui opera l'Assicurato si avvale - nel rispetto delle norme di legge - per lo svolgimento dell'attività descritta nella polizza, e di cui deve rispondere ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile.
- **Procedimento penale:** inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.
- **Rapina:** impossessamento della cosa mobile altrui mediante violenza o minaccia alla persona, quand'anche sia la persona minacciata a consegnare le cose stesse.
- **Recesso:** scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.
- **Responsabilità contrattuale:** attiene alla violazione di diritti relativi, in quanto fanno capo solo a coloro che hanno stipulato un contratto.
- **Responsabilità extracontrattuale:** riguarda la violazione di diritti assoluti, cioè di quelli validi *erga omnes* e come tali tutelati dall'ordinamento giuridico.
- **Rischio:** probabilità che si verifichi un sinistro.
- **Scoperto:** importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in percentuale del danno indennizzabile.
- **Sinistro:** la richiesta di risarcimento avanzata nei confronti dell'Assicurato per la quale è prestata l'assicurazione.
- **Sinistro in serie:** pluralità di sinistri originatisi da un medesimo evento, anche se manifestatisi in tempi diversi. In tal caso viene considerata come data del sinistro quella del primo tra essi.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **Spese di giustizia:** spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifondere.
- **Somma assicurata/Massimale:** la somma indicata in polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di sinistro.
- **Valori:** denaro e valori bollati, carte valori, titoli di credito in genere e ogni carta rappresentante un valore inerenti l'attività dichiarata nella polizza.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 15/07/2017

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'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 art. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Art. 1.2 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede della Società. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.4 – Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

Art. 1.5 – Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 1.6 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia alla relativa facoltà di recesso.

Art. 1.7 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) oppure con lettera raccomandata o fax dirette all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente può recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta alla Società.

La relativa comunicazione, effettuata mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) o con lettera raccomandata o fax, diventa efficace dalla data del timbro postale o del rapporto del fax inviati dal Contraente.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.

Art. 1.9 – Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente polizza, indicandone le somme assicurate. L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

In particolare, in caso di sinistro, l'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Art. 1.10 – Periodo di assicurazione

Il periodo di assicurazione si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

L'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato, **senza tacito rinnovo**.

La Società si impegna a mantenere operante la garanzia per un periodo di 15 giorni successivi alla scadenza della polizza.

Art. 1.11 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipula della presente polizza ed anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.12 – Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica, oppure quello della sua sede legale se persona giuridica o associazione.

Art. 1.13 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato nel presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

Il Contraente o l'Assicurato devono:

- comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società la data, ora, luogo, conseguenze, descrizione, nome e domicilio dei danneggiati, eventuali testimoni del sinistro, entro tre giorni dalla data di avvenimento o dal momento in cui ne sono venuti a conoscenza;
- anticipare i contenuti della comunicazione scritta con una comunicazione fax o comunicazione e-mail diretta all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, in caso di lesioni gravi a persona o decessi.
Inoltre il Contraente o l'Assicurato devono comunicare tempestivamente le notizie, richieste od azioni avanzate, relativamente al sinistro, dall'infortunato, dal danneggiato o dagli aventi diritto, adoperandosi per l'acquisizione di ogni elemento utile;
- astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità.

Agli effetti dell'assicurazione di Responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, l'Assicurato deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta a norma della Legge infortuni sul lavoro, ferma restando la comunicazione, nei termini di cui al primo comma, di eventuali richieste di risarcimento avanzate dal prestatore di lavoro, dagli aventi diritto o dall'Istituto assicurativo.

La Società ha diritto di avere in visione i documenti concernenti sia l'assicurazione obbligatoria sia l'infortunio denunciato.

Art. 2.2 - Gestione delle vertenze di danno e spese legali

La Società può assumere, fino alla conclusione del grado di giudizio in corso al momento della definizione del danno, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale sia giudiziale, sia civile sia penale, a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali, tecnici, periti o consulenti ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali, tecnici, periti o consulenti che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale. L'Assicurato è tenuto a comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedano o la Società lo richieda.

Art. 3.1 - Rischi Assicurati**a) Assicurazione Responsabilità Civile professionale dell'Avvocato**

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per **Danni patrimoniali, non patrimoniali, indiretti, permanenti, temporanei, futuri** involontariamente cagionati a terzi, compresi i clienti, sia per colpa lieve che grave, nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza di **AVVOCATO** così come disciplinata dal comma 6 dell' art. 1 del Decreto del Ministero della Giustizia del 22 Settembre 2016.

La garanzia è operante a condizione che l'assicurato sia regolarmente iscritto all'albo professionale del relativo ordine.

a.1) Assicurazione Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.)

la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni corporali, materiali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alle responsabilità non professionali assicurate in polizza.

L'assicurazione di cui alle lettere a) e a1) vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto colposo o doloso di persone delle quali o con le quali debba rispondere.

b) Assicurazione Responsabilità Civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) – Compreso danno biologico

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

b.1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n° 1124 come modificato dal D. Lgs. n. 38 del 23/02/2000 (rivalsa I.N.A.I.L.)

per gli infortuni (escluse le malattie professionali) sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti all'attività per la quale è prestata l'assicurazione, compresi altresì i dirigenti e le persone in rapporto di lavoro a progetto (parasubordinati) compreso inoltre il rischio in itinere.

La Società quindi si obbliga a rifondere all'Assicurato le somme richieste dall'I.N.A.I.L. a titolo di regresso;

b.2) ai sensi del codice civile (e maggior danno) nonché del D. Lgs. 81/2008 (e successive modifiche ed integrazioni)

a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto b.1) o eccedenti gli stessi cagionati ai su indicati prestatori di lavoro da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente (escluse le malattie professionali).

Tale garanzia è prestata, con riferimento a ciascun evento, con una franchigia fissa di € 2.500,00 per persona infortunata.

L'assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi per l'assicurazione di legge;

b.3) buona fede I.N.A.I.L.

l'assicurazione di Responsabilità Civile verso dipendenti soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.O.) conserva la propria validità anche nel caso di mancata assicurazione di personale presso l'I.N.A.I.L. quando ciò derivi da inesatta o erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia e sempreché ciò non derivi da comportamento doloso.

c) Assicurazione Responsabilità Civile verso dipendenti non soggetti all'assicurazione di legge contro gli infortuni (R.C.I.)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni corporali (escluse le malattie professionali) cagionati, con colpa sia lieve che grave, ai propri dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione ai sensi del D.P.R. 30 Giugno 1965 N. 1124, come modificato dal D. lgs. 38/2000, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in occasione di lavoro o di servizio.

d) Rivalsa I.N.P.S.

L'assicurazione R.C.T./R.C.O./R.C.I. vale anche per le azioni di rivalsa esperite dall'I.N.P.S. ai sensi dell'Art. 14 della Legge 12 Giugno 1984, N. 222.

e) Responsabilità Civile Personale dei Dipendenti

L'assicurazione vale per la Responsabilità Civile personale dei dipendenti dell'Assicurato per danni cagionati a terzi, con colpa sia lieve che grave, escluso l'Assicurato stesso, nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali, e ciò entro i massimali pattuiti per la R.C.T.

Agli effetti di questa estensione di garanzia, e sempreché sia operante la garanzia R.C.O., sono considerati terzi anche i dipendenti dell'Assicurato, limitatamente ai danni da essi subiti per morte o per lesioni personali gravi e gravissime, così come definite dall' art. 583 C.P., entro i massimali previsti per la garanzia R.C.O.

f) Committenza Veicoli

L'assicurazione comprende le responsabilità derivanti all'Assicurato a norma dell' art. 2049 c.c. per danni cagionati a terzi dai suoi dipendenti in relazione alla guida di veicoli non di proprietà o in usufrutto all'Assicurato stesso o allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati, e ciò a parziale deroga dell' Art. 3.3 lettera g). La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate su veicoli abilitati per legge a tale trasporto. La presente estensione è operante solo dopo esaurimento di ogni altra copertura o garanzia di cui benefici il proprietario e/o il conducente del veicolo che abbia cagionato il danno.

La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da persona abilitata alla guida ai sensi di legge.

g) Interruzione o sospensione, mancato o ritardato inizio di attività di terzi

L'assicurazione comprende i danni e/o le perdite patrimoniali derivanti da interruzioni o sospensioni (totali o parziali), mancato o ritardato inizio di attività in genere esercitate da terzi, purché conseguenti a sinistro indennizzabile ai termini di polizza. La presente estensione di garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di un massimale di € 150.000,00 per ciascun periodo assicurativo annuo.

h) Conduzione e proprietà dei locali

L'assicurazione comprende anche la Responsabilità Civile a carico dell'Assicurato per la conduzione e la proprietà dei locali adibiti a studio professionale e delle attrezzature ivi esistenti.

A deroga di quanto previsto all'Art. 3.3 "RischiEsclusi", lettera f), l'assicurazione si intende estesa ai danni alle cose di terzi conseguenti ad incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute o possedute; la garanzia è prestata nel limite di € 150.000,00 per sinistro e per anno.

i) Attività complementari

L'assicurazione comprende anche la Responsabilità Civile a carico dell'Assicurato verso terzi (compresi i dipendenti, sempreché il danno non sia indennizzabile a norma del D.P.R. 30/6/1965 N. 1124 come modificato dal D. Lgs. 38/2000), per i danni derivanti dalle sotto elencate attività se ed in quanto inerenti all'attività principale dichiarata:

- a) visita ai clienti, partecipazione a convegni, congressi e seminari;
- b) proprietà e manutenzione di insegne, targhe, cartelli pubblicitari e striscioni, il tutto ovunque installato;
- c) proprietà e gestione nell'ambito dell'ufficio/studio di distributori automatici di cibi e bevande, compresi i danni provocati dai cibi e dalle bevande distribuiti;
- d) utilizzazione di antenne radiotelevisive, di recinzioni in genere, di cancelli anche automatici, di porte ad apertura elettronica, degli spazi esterni di pertinenza dell'ufficio/studio, compresi giardini, alberi, piante, strade private, parcheggi, attrezzature sportive e per giochi;
- e) lavori di pulizia ed ordinaria manutenzione dei locali occupati dall'Assicurato per l'esercizio dell'attività descritta in polizza;
- f) committenza dei rischi su elencati.

Art. 3.2 - Attività comprese in garanzia

Relativamente all'attività professionale sono altresì compresi in garanzia:

- a) l'espletamento delle funzioni di carattere pubblico o giudiziario relative ad incarichi affidati dall'autorità giudiziaria, purché inerenti all'attività professionale indicata in polizza, intendendosi tra questi anche l'incarico di curatore nelle procedure di fallimento, di commissario giudiziario nelle procedure di concordato preventivo, di commissario liquidatore nelle procedure di liquidazione coatta amministrativa;
- b) l'espletamento dell'attività stragiudiziale di liquidatore di società;
- c) le perdite patrimoniali cagionate a terzi in conseguenza di violazioni commesse dall'Assicurato, con colpa sia lieve che grave, dei doveri professionali connessi all'espletamento delle attività previste dalla legge n. 80 del 14 maggio 2005 e successive modifiche e integrazioni in materia di esecuzioni immobiliari, compresa la gestione delle aste immobiliari. A titolo esemplificativo e non limitativo, si precisa che rientrano in garanzia anche le funzioni di delegato alla vendita e l'incarico di custode giudiziario.
- d) l'attività di assistenza e consulenza in materia stragiudiziale (civile, penale ed amministrativa);
- e) le sanzioni di natura fiscale, le multe e/o ammende inflitte ai clienti dell'Assicurato per errori od omissioni imputabili all'Assicurato stesso;
- f) la responsabilità civile derivante all'Assicurato da fatto colposo o doloso commesso da dipendenti, praticanti o sostituti, collaboratori, consulenti e/o professionisti in genere nonché da "lavoratori" che prestano attività ai sensi e nel rispetto della Legge n° 30 del 14/2/2003 (cosiddetta "Legge Biagi") e successive modifiche ed integrazioni;
- g) la responsabilità civile personale dei collaboratori, facenti parte dello studio ed iscritti al relativo albo professionale, per perdite patrimoniali e danni cagionati a terzi in relazione alla sola attività svolta per conto dell'Assicurato/Contraente;
- h) la responsabilità civile derivante all'Assicurato per danni subiti in occasione di lavoro da collaboratori, praticanti o sostituti, consulenti e/o professionisti in genere, nonché da "lavoratori" che prestano attività ai sensi e nel rispetto della legge n° 30 del 14/2/2003 (cosiddetta "Legge Biagi") e successive modifiche ed integrazioni. Si precisa comunque che per quanto riguarda i danni corporali subiti da persone per le quali l'Assicurato ha l'obbligo di legge di iscriverle all'INAIL, l'assicurazione si intende prestata nell'ambito della garanzia R.C.O., sempreché comunque la stessa risulti operante;
- i) l'attività di componente le Commissioni Tributarie nonché la rappresentanza ed assistenza del contribuente dinanzi le Commissioni Tributarie;
- j) l'attività di libero docente nonché di titolare di cattedra universitaria, limitatamente alle discipline giuridiche;
- k) l'uso di sistemi di elaborazione elettronica propri, esclusi i C.E.D. anche interni allo studio e/o di proprietà dell'Assicurato, ma con autonomia partita IVA, e l'invio telematico, compresa l'attività di notifica di atti giudiziari a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata) ai sensi del D.M. n° 48/2013 e dell'Art. 44 del D.L. 24/06/2014 n° 90 convertito in L. 11/08/2014 n° 114 sempreché l'Assicurato sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

Art. 3.3 - Rischi esclusi

Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C. Professionale/R.C.T.:

- a) i familiari dell'Assicurato e i suoi collaboratori;
- b) le persone soggette all'obbligo di assicurazione INAIL che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
- c) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nel rapporto di cui alla lett. a);
- d) le società in cui l'Assicurato rivesta la funzione di legale rappresentante, consigliere d'amministrazione, socio a responsabilità illimitata, amministratore unico o dipendente.

L'assicurazione R.C. Professionale/R.C.T. non comprende i sinistri:

- e) da furto, salvo quanto previsto dall'art.3.4 "Perdita documenti";
- f) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute, salvo quanto previsto dall'art. 3.4 "Perdita documenti";
- g) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- h) a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, salvo quanto previsto dall'art. 3.4 "Perdita documenti";
- i) conseguenti ad omissioni nella stipulazione o modifica di assicurazioni private o a ritardi nel pagamento dei relativi premi;
- j) relativi al pagamento di sanzioni fiscali, multe od ammende direttamente inflitte all'Assicurato;
- k) relativi alla responsabilità civile derivante all'Assicurato dalla sottoscrizione di relazioni di certificazione dei bilanci delle Società;
- l) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; ad interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- m) derivanti dall'esercizio di attività contabile e fiscale;
- n) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivantigli dalla legge;
- o) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- p) derivanti da attività di apposizione di visti ed asseverazioni per le quali leggi, norme e regolamenti prevedono condizioni specifiche di assicurazione;
- q) derivanti dall'espletamento di funzioni di amministratore di sostegno, tutore di minore o interdetto e di curatore di inabilitato, salvo quanto previsto dalla Condizione particolare 758;

- r) derivanti dallo svolgimento di compiti e funzioni attribuiti agli organismi di composizione delle crisi ai sensi della Legge 3/2012 e del D.M. n° 202 del 2014, salvo quanto previsto dalla Condizione particolare 759;
- s) conseguenti all'attività di membro del collegio sindacale;
- t) conseguenti all'attività di membro del comitato per il controllo sulla gestione;
- u) conseguenti all'attività di membro dell'organismo di vigilanza;
- v) conseguenti all'attività di membro del consiglio di sorveglianza;
- w) conseguenti all'attività di revisore legale dei conti e revisore dei conti in enti locali;
- x) conseguenti all'attività di amministratore di società nonché di componente del comitato di sorveglianza di cui D. Lgs. 270/1999;
- y) conseguenti all'attività di responsabile di centri autorizzati di assistenza legale (C.A.A.F.);
- z) conseguenti all'attività di commissario straordinario;
- aa) derivanti dalle attività di giudice di pace e di giudice onorario di tribunale.

L'assicurazione R.C. Professionale/R.C.T./R.C.O./R.C.I. non comprendono i sinistri:

- ab) derivanti dalla presenza, uso, manipolazione di asbesto, amianto e/o di prodotti contenenti asbesto e/o amianto;
- ac) conseguenti o derivanti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;
- ad) verificatisi in occasione di maremoti, alluvioni, movimenti tellurici in genere e simili;
- ae) i rischi di guerra dichiarata e non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra.

Art. 3.4 - Perdita Documenti

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 3.3 "Rischi esclusi" (lettere e), f) ed h), si precisa che l'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato per DANNI e PERDITE PATRIMONIALI involontariamente cagionati a terzi, con colpa sia lieve che grave, in conseguenza dello svolgimento dell'attività assicurata e derivanti da distruzione, smarrimento o deterioramento di valori, atti, titoli non al portatore e documenti di qualsiasi genere, dai clienti o dalle controparti processuali di quest'ultimi dati in custodia e/o consegnati all'Assicurato, anche conseguenti a furto, rapina, incendio.

Limitatamente ai valori, nonché nei casi di furto e rapina, la garanzia opera fino a concorrenza di un importo per sinistro di € 5.000,00 e per anno di € 20.000,00.

Art. 3.5 - Attività di Mediazione e di Negoziazione Assistita

La garanzia si intende operante per i danni materiali e corporali e per le perdite patrimoniali cagionati a terzi dall'Assicurato, con colpa sia lieve che grave, nell'esercizio dell'attività di assistenza al cliente svolta quale componente di Organismi di mediazione, di cui al Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n. 28 e successive modifiche e integrazioni, nonché per l'attività di negoziazione assistita di cui al Decreto Legge 12 settembre 2014, n. 132 convertito con modificazioni in L. 10/11/2014 n. 162 e successive modifiche e integrazioni.

La garanzia, alle condizioni di polizza, opera anche nel caso di rivalsa esperita dall'assicuratore dell'Organismo di Mediazione. Qualora, per il medesimo rischio, esista altra copertura assicurativa stipulata dallo/dagli organismo/i di mediazione, la garanzia di cui alla presente estensione si intenderà operante per l'eccedenza rispetto a quanto risarcito dalla predetta altra polizza.

In ogni caso la garanzia non opera qualora l'attività di mediazione e negoziazione assistita coinvolga a qualsiasi titolo la Società e/o imprese assicurative e bancarie che siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate.

Art. 3.6 - Errato trattamento dei dati personali

L'assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi del D. Lgs. n° 196 del 30/6/2003 (codice in materia di dati personali) per perdite patrimoniali cagionate a terzi, compresi i clienti, in conseguenza dell'errato trattamento (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, utilizzo, comunicazione e diffusione) dei dati personali di terzi, purché conseguenti a fatti involontari e non derivanti da comportamento illecito continuativo.

Tale garanzia si intende prestata con l'applicazione di una franchigia di euro 500,00 per ogni sinistro, e fino alla concorrenza di un massimale per anno assicurativo pari ad € 150.000,00.

Art. 3.7 - Studi Associati

Qualora l'Assicurato sia uno studio associato, la garanzia, alle condizioni di polizza, è valida anche per la responsabilità civile personale dei singoli professionisti associati, regolarmente abilitati, sia per l'attività svolta come studio professionale, sia per quella esercitata come singoli professionisti, fermo quanto disposto all'art. 3.8 - Massimale.

Ai fini del conteggio del premio, l'Assicurato è tenuto a dichiarare l'ammontare complessivo degli introiti (al netto di Iva) fatturati sia come singolo professionista sia come studio associato, che comunque non può essere inferiore a quanto indicato nella tabella di cui all'art. 3.12 che segue.

Art. 3.8 - Massimale

Il massimale indicato in polizza rappresenta il limite massimo del risarcimento in caso di sinistro per ciascun periodo assicurativo annuo, indipendentemente dal numero di assicurati o dal numero delle richieste di risarcimento presentate all'Assicurato/i nello stesso periodo. Tale massimale deve intendersi al netto delle spese di resistenza di cui all'Art. 1917 del Codice Civile, comma 3, secondo periodo.

Art. 3.9 - Validità dell'assicurazione

- a) L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, indipendentemente dalla data in cui si è verificato il comportamento colposo che ha originato il danno.
- b) In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale - intervenuta durante il periodo di efficacia della garanzia per effetto di cancellazione, radiazione o sospensione dall'Albo - l'assicurazione si intende risolta. La garanzia resta comunque valida per le richieste di risarcimento occasionate da fatti posti in essere durante il periodo di efficacia dell'assicurazione e presentate per la prima volta all'Assicurato od ai suoi eredi, entro 10 anni successivi alla data di cessazione dell'attività.

L'Assicurato o i suoi eredi provvederanno a contattare la Società per comunicare la data della cessazione dell'attività professionale assicurata. Il massimale indicato in polizza rappresenta la massima esposizione della Società per una o più richieste di risarcimento presentate all'Assicurato o ai suoi eredi nel suddetto periodo di proroga della garanzia.

Art. 3.10 - Franchigia

L'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta a carico dell'Assicurato di € 500,00 per ciascun sinistro.

La suddetta franchigia non è opponibile nei confronti dei terzi danneggiati, pertanto la Società liquiderà i sinistri totalmente e direttamente al terzo danneggiato, ferma in ogni caso la facoltà di recuperare l'importo dall'Assicurato.

Nel caso in cui l'ammontare della richiesta di risarcimento fosse inferiore all'importo della suddetta franchigia, la Società si impegna a trattare comunque il sinistro e a farsi carico delle spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro i limiti di un importo pari al quarto del massimale di Polizza.

In relazione a ciò l'Assicurato dà ampio mandato alla Società di trattare e definire anche la parte di risarcimento a terzi danneggiati rientrante nella franchigia, impegnandosi ed obbligandosi a rimborsare la somma anticipata per suo conto a titolo di franchigia entro e non oltre i 15 giorni dalla liquidazione.

Art. 3.11 - Sinistri in serie

Si conviene che i sinistri successivi al primo e conseguenti allo stesso tipo di errore o dovuti ad una stessa causa, vengono considerati ai fini liquidativi come un unico sinistro.

Art. 3.12 - Adeguamento del premio in base all'importo degli introiti

Premesso che all'atto della stipulazione della polizza gli introiti relativi al precedente anno solare non superano l'importo dichiarato in polizza dal Contraente, si conviene fra le Parti che:

- prima della scadenza di ogni rata annua il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società l'ammontare degli introiti relativo al precedente anno solare; ciò nella sola ipotesi in cui lo stesso dovesse appartenere ad una "fascia di introiti" diversa da quella dell'importo dichiarato in polizza (vedere tabella che segue);
- il premio si intende automaticamente modificato in base ai coefficienti riportati nella Tabella che segue e dovrà essere pagato nei termini di cui all'art. 1.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- se al momento del sinistro l'importo degli introiti relativi all'anno solare precedente risulti compreso in una fascia superiore a quella dell'importo dichiarato in polizza, l'indennizzo dovuto dalla Società sarà liquidato in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1898 del Codice Civile;
- la Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni probatorie necessarie.

TABELLA FASCE DI INTROITI E RELATIVO COEFFICIENTE DI PREMIO

PROFESSIONISTI SINGOLI		Coefficienti di premio
Fasce di introiti		
Fino a €	15.000,00	100
oltre €	15.000,00 e fino a € 30.000,00	130
oltre €	30.000,00 e fino a € 50.000,00	180
oltre €	50.000,00 e fino a € 70.000,00	300
oltre €	70.000,00 e fino a € 100.000,00	320
oltre €	100.000,00 e fino a € 150.000,00	450
oltre €	150.000,00 e fino a € 200.000,00	520
oltre €	200.000,00 e fino a € 250.000,00	555
oltre €	250.000,00 e fino a € 350.000,00	600
oltre €	350.000,00 e fino a € 500.000,00	725
oltre €	500.000,00 e fino a € 750.000,00	850
oltre €	750.000,00 e fino a € 1.000.000,00	1.000
oltre €	1.000.000,00	RD

STUDI ASSOCIATI		Coefficienti di premio
Fasce di introiti		
Fino a €	70.000,00	100
oltre €	70.000,00 e fino a € 100.000,00	112
oltre €	100.000,00 e fino a € 150.000,00	166
oltre €	150.000,00 e fino a € 200.000,00	192
oltre €	200.000,00 e fino a € 250.000,00	206
oltre €	250.000,00 e fino a € 350.000,00	224
oltre €	350.000,00 e fino a € 500.000,00	280
oltre €	500.000,00 e fino a € 750.000,00	340
oltre €	750.000,00 e fino a € 1.000.000,00	420
oltre €	1.000.000,00	RD

Art. 3.13 - Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da comportamenti colposi posti in essere nel territorio dell'Unione Europea, Stato Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Svizzera.

Art. 3.14 - Massimo Risarcimento

Qualora lo stesso sinistro interessi contemporaneamente la garanzia RC Professionale R.C.T. e/o R.C.I. e/o R.C.O., il massimo esborso della Società non potrà superare il massimale previsto in polizza.

Art. 3.15 - Pluralità di Assicurati

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra loro.

Art. 3.16 - Responsabilità Solidale

Fermo restando il massimale di polizza previsto dall'Art. 3.8 - Massimale e tutte le altre condizioni di polizza, in caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti, la Società risponderà di tutto quanto dovuto dall'Assicurato, fermo il diritto di regresso della Società stessa nei confronti dei condebitori solidali.

Art. 3.17 - Durata dell'Assicurazione

La presente polizza è senza tacito rinnovo. L'Assicurazione cessa pertanto automaticamente al periodo prefissato senza obbligo di disdetta.

CONDIZIONI PARTICOLARI

724. Franchigia Euro 2.500,00

L'importo della franchigia previsto all'art. 3.10 – Franchigia – si intende modificato in Euro 2.500,00 per ogni sinistro. La presente franchigia sostituisce le franchigie, se inferiori, di altre Condizioni di Assicurazione.

733. Franchigia Euro 5.000,00

L'importo della franchigia previsto all'art. 3.10 – Franchigia – si intende modificato in Euro 5.000,00 per ogni sinistro. La presente franchigia sostituisce le franchigie, se inferiori, di altre Condizioni di Assicurazione.

758. Amministratore di sostegno – Tutore di minore o interdetto – Curatore di inabilitato

A deroga di quanto previsto alla lettera q) dell'Art. 3.3 - Rischi esclusi, sempreché il corrispettivo oggetto della presente garanzia rientri negli introiti dichiarati nella "Scheda di polizza", l'assicurazione vale anche per le perdite patrimoniali e per i danni corporali e materiali cagionati a terzi in conseguenza di violazioni commesse dall'Assicurato, con colpa sia lieve che grave, nell'espletamento delle funzioni di amministratore di sostegno, tutore di minore o interdetto e di curatore di inabilitato, svolte dall'Assicurato stesso nei modi e nei termini previsti dalle vigenti normative. La presente estensione viene prestata fino alla concorrenza di un massimale per sinistro e per anno assicurativo pari al massimale di polizza per i danni corporali e materiali con un sottolimito di € 150.000,00 per le perdite patrimoniali. In caso di sinistro verrà applicato uno scoperto del 5% per ciascun sinistro con un minimo non indennizzabile di € 2.500,00.

759. Gestore della crisi di sovraindebitamento

A parziale deroga di quanto previsto alla lettera r) dell'Art. 3.3 – Rischi esclusi, l'assicurazione vale anche per le attività inerenti le funzioni di "Gestore della Crisi" per l'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento svolta secondo quanto previsto dalla legge n. 3 del 27 gennaio 2012 e dal D.M. n° 202 del 2014, in esito all'azione di rivalsa azionata dall'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento a seguito del risarcimento al terzo danneggiato, per perdite patrimoniali da questi subite a causa della condotta colposa dell'Assicurato.

La presente estensione è altresì operante per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato per le perdite patrimoniali colposamente cagionate a terzi in conseguenza di un fatto dei delegati e/o coadiutori, escluso il debitore (persona fisica o società) che abbia chiesto l'intervento dell'Organismo, nominati in ottemperanza alle disposizioni normative in vigore.

Ad integrazione di quanto previsto all'Art. 3.3 - Rischi esclusi, non è considerato terzo l'Organismo di appartenenza, ad eccezione di quanto sopra previsto relativamente all'azione di rivalsa dell'Organismo di Composizione della Crisi da sovraindebitamento.

La presente estensione di garanzia è prestata fino a concorrenza di € 350.000,00 per ogni sinistro e per anno assicurativo.

La garanzia vale per l'espletamento di numero massimo di 10 incarichi.

La garanzia non vale per gli incarichi precedentemente ricoperti ed esauriti al momento della sottoscrizione della presente polizza.

A deroga di quanto previsto all'art. 3.16 - Responsabilità solidale, la presente assicurazione vale esclusivamente per la sola quota di danno direttamente e personalmente imputabile all'Assicurato, con esclusione quindi di quella parte di responsabilità che gli possa derivare dal vincolo di solidarietà con altre persone.

CODICE CIVILE**Art. 1341 Condizioni generali di contratto**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti con terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1375 Esecuzione di buona fede

Il contratto deve essere eseguito secondo buona fede.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1896 Cessazione del rischio durante l'assicurazione

Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza.

I premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero. Qualora gli effetti dell'assicurazione debbano avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessi nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito o fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per la efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esi-

stato al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2049 Responsabilità dei padroni e dei committenti

I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti.

Art. 2359 Società controllate e società collegate

Sono considerate società controllate:

- 1) le società in cui un'altra società dispone della maggioranza dei voti esercitabili nell'assemblea ordinaria;
- 2) le società in cui un'altra società dispone di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante nell'assemblea ordinaria;
- 3) le società che sono sotto influenza dominante di un'altra società in virtù di particolari vincoli contrattuali con essa.

Ai fini dell'applicazione dei numeri 1) e 2) del primo comma si computano anche i voti spettanti a società controllate, a società fiduciarie e a persona interposta; non si computano i voti spettanti per conto di terzi. Sono considerate collegate le società sulle quali un'altra società esercita un'influenza notevole. L'influenza si presume quando nell'assemblea ordinaria può essere esercitato almeno un quinto dei voti ovvero un decimo se la società ha azioni quotate in borsa.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE PENALE

Art. 583 Circostanze aggravanti

La lesione personale è grave, e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- 1) se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- 2) se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;

La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:

- 1) una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- 2) la perdita di un senso;
- 3) la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
- 4) la deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso.



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it.

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il suo agente/intermediario, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie

- a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
 - 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
 - 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
 - 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

USA_Info_Cont_01 - ed. 01/07/2017



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Il vostro Intermediario



POLIZZA MIGLIORE SRL

Sede legale in
Via Silvio Pellico n°5
12037 Saluzzo(CN)
0175-41671