

DRIVE
UNDERWRITING

Company Accident Cover

Assicurazione collettiva infortuni

Set Informativo composto di:

- **DIP Danni**
- **DIP Aggiuntivo Danni**
- **Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto o, dove prevista, della Proposta di Assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Set informativo redatto secondo le "Linee guida del tavolo tecnico Ania associazioni consumatori- associazioni intermediari per contratti semplici e chiari" del 6 febbraio 2018.

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo: **Gennaio 2026**

Elips Life Ltd

Sede secondaria italiana:

Via San Prospero 1, 20121 Milano. PEC:

elipslife@pec.elipslife.com

C.F./P.IVA/Registro delle Imprese di Milano: 13733431004

R.E.A.: MI – 2126819

Sede legale: Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LI) - RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz.

Capitale sociale i.v. CHF 12'400'000

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di

Swiss Life International Holding AG

Assicurazione Collettiva Infortuni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni



Prodotto: Company Accident Cover

Compagnia: Elips Life Ltd | Sede secondaria Via San Prospero, 1 | 20121 Milano

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2026 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Il presente documento informativo precontrattuale fornisce una sintesi delle principali coperture ed esclusioni, e informazioni precontrattuali e contrattuali complete sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e riportate in Polizza o previste in Appendici alla Polizza. Ulteriori estensioni ed esclusioni possono essere previste previo accordo con gli Assicuratori. Termini e definizioni contenute nel DIP Danni sono come da Glossario delle Condizioni generali di assicurazione.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato Company Accident Cover è rivolto alle persone giuridiche e copre gli infortuni che l'Assicurato subisce, in qualità di dipendente, socio, collaboratore, durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza (compreso il rischio in-itinere) e dell'attività extra-professionale. Il presente Contratto è previsto in forma collettiva (gruppi di persone).



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Morte**
- ✓ **Invalidità permanente**

Estensioni di copertura incluse nel premio:

Rimborso spese mediche € 2.500 (duemila e cinquecento); Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille; Malattie tropicali; Danno estetico; Rimborso spese funerarie; Rimpatrio della salma; Commorienza del coniuge; Coma irreversibile; Anticipo di indennizzo per invalidità permanente; Costi di salvataggio e ricerca; Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane; Infortuni conseguenti a rapine ed aggressioni in genere; Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari; Attività temerarie; Clausola Dirigenti; Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP); Esonero denuncia altre assicurazioni; Responsabilità del contraente; Rischio volo; Rischio guerra.

Estensioni di copertura aggiuntive opzionali:

Diaria da inabilità temporanea; Diaria da ricovero a seguito di infortunio; Diaria da gessatura; Aspettativa; Eventi aziendali.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di età a scadenza pari a 80 (ottanta) anni
- ! Limitazione territoriale: Clausola di limitazione ed esclusione delle Sanzioni internazionali
- ! Limite catastrofale (terra e volo): € 25.000.000 (venticinque milioni)
- ! Rischio guerra: 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità

Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'assicurazione cessa al verificarsi di tali condizioni;
- ✗ Gli infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- ✗ Gli infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- ✗ Gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ Gli infortuni derivanti da reati dolosi commessi o tentati dall'assicurato;
- ✗ Gli infortuni derivanti da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a
- ✗ Gli infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito.
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura.

Altre esclusioni contrattualmente pattuite.



Dove vale la copertura?

La copertura vale per il mondo intero.

L'Assicurato deve avere residenza nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino. Le richieste di indennizzo devono essere fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

- Il Contraente e/o Assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti, in modo esatto e completo ai fini della valutazione del rischio. Le informazioni, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto.
- Il Contraente è obbligato a comunicare eventuali modifiche, riguardanti il profilo degli assicurati che possano comportare un aggravamento del rischio, intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente agli Assicuratori, a cura del Contraente.
- Il Contraente è obbligato a comunicare per iscritto eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate dagli assicurati con gli stessi Assicuratori.
- Entro 15 (quindici) giorni dal Sinistro (o dal momento in cui il richiedente ne sia venuto a conoscenza) il Contraente e/o Assicurato deve darne comunicazione agli Assicuratori, o all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, per tramite di DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo PEC Divisione sinistri: drapeufficiosinistri@legalmail.it.
- La richiesta di indennizzo comprendente la denuncia dell'infortunio (indicante le cause che lo hanno determinato), corredata di certificato medico e di tutta la documentazione utile a definire l'accaduto, altra eventuale ulteriore documentazione, compatibile con le disposizioni di legge applicabili, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento del Premio lordo annuale o di una sua rata, dal Contraente agli Assicurati, a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'Intermediario al quale è stata assegnata la Polizza, compreso il Premio di regolazione, qualora previsto. Il Premio è comprensivo delle imposte secondo le norme fiscali vigenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo Disdetta, se pagato il Premio o la rata di premio. Se il Contraente non paga il Premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di pagamento del Premio.

In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende la sua efficacia dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso revocare la proposta, recedere o disdire la polizza?

La disdetta può essere spedita dal Contraente entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal termine del Periodo di assicurazione mediante:

- lettera raccomandata A/R inviata a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'intermediario al quale è stata assegnata la Polizza;
- PEC all'indirizzo drapeudisdette@legalmail.it direttamente dal Contraente a DRAVE Underwriting S.r.l.

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente può recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso.

Assicurazione collettiva Infortuni

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



Prodotto: Company Accident Cover

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2026 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Scopo

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

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

Società

Elips Life Ltd Sede secondaria italiana - Via San Prospero, n. 1; 20121 Milano; tel. +39 02 82958900; sito internet: www.elipslife.com; e-mail: contatto.it@elipslife.com; PEC: elipslife@pec.elipslife.com.

Elips Life Ltd è soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG, che ha sede legale in Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (Liechtenstein). E' autorizzata a operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Elenco I, n. I.00131, ed è sottoposta al controllo della Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein.

Il contratto è concluso con la Sede secondaria italiana corrente in Via San Prospero 1, 20121 Milano i cui recapiti sono sopra riportati.

L'ammontare del patrimonio netto di Elips Life Ltd. è pari a 141,8 milioni di Euro (di cui 13,0 milioni di Euro di capitale sociale e 128,8 milioni di Euro di riserve patrimoniali) e l'Annual Profit (risultato economico di periodo) è pari a 26,1 milioni di Euro.

[Dati anno fiscale 2024. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa, consultabile sul sito internet della Compagnia (<https://www.elipslife.com/en/che/Downloads>).

L'indice di solvibilità determinato in applicazione della normativa "Solvency II" è pari al 153,4% al 31.12.2024.]

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente alla copertura assicurativa offerta.

In base al profilo di rischio assicurato la Polizza assicura le richieste di Indennizzo relative a qualsiasi Infortunio che l'Assicurato subisce durante lo svolgimento dell'attività professionale (incluso il rischio in-itinere) e dell'attività extra-professionale. L'ampiezza dell'impegno degli Assicuratori è rapportato alle Somme assicurate concordate con il Contraente.

La copertura assicurativa opera entro i Sottolimiti previsti per ciascuna estensione di copertura e comunque nel limite della Somma assicurata per ciascuna garanzia indicata nella Scheda di polizza.

Quali opzioni/coperture opzionali è possibile attivare attraverso il pagamento di un Premio aggiuntivo?

- **Spese mediche da infortunio:** in caso di Infortunio indennizzabile, in aggiunta alla copertura di € 2.500,00, gli Assicuratori rimborsano agli Assicurati il costo delle spese di carattere medico regolarmente documentate.
- **Diaria da inabilità temporanea:** in caso di Infortunio indennizzabile che causi l'Inabilità temporanea dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, gli Assicuratori liquidano il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e franchigie, così come contrattualmente pattuito.
- **Diaria da ricovero a seguito di infortunio:** in caso di Infortunio indennizzabile che preveda il Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, gli Assicuratori liquidano il compenso giornaliero contrattualmente pattuito.
- **Diaria da gessatura:** in caso di Infortunio che preveda l'uso di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e

franchigie, così come contrattualmente pattuito.

- **Aspettativa:** l'Assicurazione potrà essere estesa anche agli Infortuni occorsi al personale dipendente che per qualsiasi motivo è in aspettativa.
- **Eventi aziendali:** l'Assicurazione potrà essere estesa anche agli Infortuni occorsi agli Assicurati aggiuntivi mentre gli stessi partecipano ad un evento/manifestazione organizzato dal Contraente. L'importo della Somma assicurata, così come la presenza di limiti e franchigie, è contrattualmente pattuito.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP base.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le GARANZIE AGGIUNTIVE OPZIONALI sono previsti limiti di indennizzo e l'applicazione di franchigie, come riportato nella Scheda di polizza e/o nelle Condizioni di assicurazione.

Sempre a integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si ricorda che la "Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali" stabilisce che, ferma restando l'efficacia dell'Assicurazione collettiva, la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, né a liquidare Sinistri o ad effettuare qualsiasi altro pagamento previsto dalle Condizioni di Assicurazione che possano esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di qualunque paese dove la Compagnia ha una propria sede secondaria o una presenza permanente.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo è una Polizza collettiva destinata alle persone giuridiche (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per la copertura degli obblighi derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, regolamenti aziendali o accordi integrativi dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, etc.) e dei collaboratori del Contraente o di aziende associate.



Quali costi devo sostenere?

I costi del prodotto a carico del Contraente sono così ripartiti:

- costi di intermediazione:

- una quota pari a circa il 22% del premio costituisce le provvigioni medie riconosciute all'intermediario per tramite del quale il contratto di assicurazione è stipulato;
- una quota pari a circa il 8% del premio costituisce il compenso di DRAVE Underwriting Srl.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta, fax o e-mail:
Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)
Via San Prospero, 1 – 20121 Milano
e-mail: reclami@pec.elipslife.com

specificando per iscritto e in modo dettagliato le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

Reclami all'autorità del Liechtenstein

I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein):

Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein

Landstrasse 109, Postfach 279
9490 Vaduz, Liechtenstein
Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In alternativa al procedimento di Mediazione, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia che ha stipulato il contratto (rintracciabile al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime Fiscale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana. • Questo contratto è soggetto ad un'imposta sulle assicurazioni (in vigore in Italia) del 2,50% sui premi versati. <p>Tassazione delle Somme assicurate</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte, Invalidità Permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>

Indice

Glossario	3
Sezione A - Cosa assicuriamo	6
Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura	6
1.1 Disposizioni comuni	6
1.2 Garanzie assicurate	7
1.2.1 Morte	7
1.2.2 Invalidità permanente	7
1.3 Estensioni di copertura incluse nel premio	8
1.3.1 Rimborso spese mediche	8
1.4 Estensioni di copertura aggiuntive opzionali	12
1.4.1 Diaria da inabilità temporanea	12
1.4.2 Diaria da ricovero a seguito di infortunio	12
1.4.3 Diaria da gessatura	12
1.4.4 Aspettativa	12
1.4.5 Eventi aziendali	12
Sezione B - Cosa NON è assicurato	13
Articolo 2 Esclusioni	13
Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale	14
Articolo 3 Limiti di copertura	14
3.1 Limiti di età	14
3.2 Persone non assicurabili	14
3.3 Franchigia	14
3.4 Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)	15
3.5 Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali	15
3.6 Limitazione delle garanzie agli infortuni extra-professionali	15
3.7 Cumulo di indennizzi	15
3.8 Limite di indennizzo	15
Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza	16
Sezione D – Gestione dei sinistri	16
Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro	16
5.1 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	16
5.2 Criteri di indennizzo	16
5.3 Liquidazione del sinistro	16
5.4 Prova	16
Sezione E - Condizioni generali di assicurazione	17
Articolo 6 Effetto e durata della polizza	17
6.1 Deroga al tacito rinnovo	17

Articolo 7	Pagamento e regolazione del premio	17
7.1	Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa	17
7.2	Premio di regolazione.....	17
7.2.1	Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni	18
Articolo 8	Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio.....	18
Articolo 9	Variazioni contrattuali	18
9.1	Aggravamento e diminuzione del rischio	18
Articolo 10	Altre assicurazioni.....	19
Articolo 11	Casi di interruzione del contratto	19
11.1	Recesso per sinistro.....	19
11.2	Risoluzione per mancato pagamento del premio.....	19
Articolo 12	Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro	19
Articolo 13	Assicurazione per conto altrui.....	19
Articolo 14	Oneri fiscali.....	19
Articolo 15	Clausola intermediario	19
Articolo 16	Foro competente per l'esecuzione del contratto	19
Articolo 17	Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione	20
Articolo 18	Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori	20
Articolo 19	Rinuncia di rivalsa.....	20
Articolo 20	Buona fede	20
Articolo 21	Sanzioni internazionali	20
Articolo 22	Rinvio alle norme di legge.....	20
Articolo 23	Reclami e Arbitro Assicurativo	20
Informativa Privacy	22

Glossario

Ai sensi dell'Art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 9/2005) e delle Linee Guida del Tavolo di Lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, scadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del Contraente e/o Assicurato e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente Polizza sono evidenziate in "grassetto".

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Appendice	Il documento, parte integrante del contratto di assicurazione, che viene unitamente o in seguito alla Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Arbitrato	Il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato e Assicuratori.
Assicurato	Il soggetto che svolge la specifica attività professionale indicata nella Scheda di polizza ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicuratori	I soggetti che prestano la copertura assicurativa ed indicati nella Scheda di polizza.
Assicurato addizionale	Il soggetto, persona fisica, che partecipa ad un Evento aziendale organizzato dal Contraente e che non risulta già assicurato con la presente Polizza.
Assicurazione	L'operazione con il quale l'Assicurato trasferisce agli Assicuratori un Rischio al quale è esposto naturalmente o per disposizioni di legge.
Atto di terrorismo (o sabotaggio)	Qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone, o fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza o ancora interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.
Beneficiario (o avente diritto)	Il soggetto designato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di Morte dell'Assicurato stesso.
Coma irreversibile	Stato di incoscienza profonda senza alcuna reazione da parte dell'Assicurato colpito da stimoli esterni e a bisogni interiori. Per essere dichiarato tale, lo stato di coma irreversibile richiede, inoltre, l'uso persistente e continuo di sistemi artificiali di supporto di mantenimento in vita e ha come conseguenza diretta un deficit neurologico permanente.
Coniuge	Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante dallo stato di famiglia.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di polizza, persona fisica o giuridica con residenza in Italia, che stipula il contratto di assicurazione con gli Assicuratori e si obbliga a pagare il Premio di Polizza.
Danno	Il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un Sinistro.
Diaria	Il versamento di una somma, da parte degli Assicuratori, per ogni giorno d'Inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguente ad Infortunio.
Dipendente	Il soggetto con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.
Disdetta	La comunicazione che il Contraente o gli Assicuratori devono inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la volontà di recedere dallo stesso.

DRAVE Underwriting S.r.l.	Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'Art. 109 del D.lgs. 209/2005 al n. A000693459 incaricato dagli Assicuratori della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla Polizza, della gestione e della liquidazione dei Sinistri, gestendo i rapporti con Contraente ed Assicurato, nonché con gli Intermediari che hanno contribuito all'intermediazione della Polizza.
Esclusione	Rischi esclusi (o limitazioni) relativi alla copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori ed elencati in Polizza.
Estero	Mondo intero escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il paese di residenza principale.
Evento aziendale	L'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzato dal Contraente e della durata massima di 12 (dodici) ore continuative, a cui partecipano i dipendenti del Contraente e di terzi (a titolo esemplificativo e non esaustivo: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, etc.) ai quali il Contraente ha concordato l'accesso.
Figlio	Ciascun figlio legittimo o naturale dell'Assicurato o del Coniuge, a carico dell'Assicurato stesso, come risultante da stato di famiglia.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di polizza e/o nelle condizioni di assicurazione che viene dedotto dal Danno liquidabile e rimane a carico dell'Assicurato.
Gessatura	Qualsiasi mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.
Impresa di assicurazione	Si veda "Assicuratori".
Inabilità temporanea	Incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere la propria occupazione dichiarata nella Scheda di Polizza per una durata limitata nel tempo.
Indennizzo (o Indennità)	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che hanno per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato.
Intermediario	Broker o Agente regolarmente iscritto alla sezione dedicata del Registro Unico degli Intermediari (RUI).
Invalidità permanente	La perdita definitiva ed irrimediabile a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla propria occupazione.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al Ricovero dei malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da Infortunio.
Morte	Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
Paese di residenza principale	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.

Periodo di assicurazione	In tutto od in parte, il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Polizza	Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Assicuratori, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Ricovero	La permanenza dell'Assicurato in Istituto di cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 (ventiquattro) ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, documentato da una cartella clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera). Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a Ricovero.
Rischio	La probabilità che si verifichi il Sinistro.
Rivalsa	Il diritto che spetta agli Assicuratori che hanno corrisposto un Indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.
Scheda di polizza	Il documento, annesso e parte integrante alla Polizza, che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente/Assicurato, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato che viene fatta oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, il Beneficiario designato, la Somma assicurata per garanzia, l'eventuale Franchigia e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative. In caso di contrasto, le informazioni contenute nella Scheda di polizza prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.
Set informativo	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di Assicurazione, composto da: condizioni generali di assicurazione comprensive del Glossario, DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Modulo di proposta ove previsto.
Sinistro	Il verificarsi di un evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.
Somma assicurata	L'importo, indicato nella Scheda di polizza, in relazione al quale gli Assicuratori si impegnano a fornire la propria prestazione.
Sottolimito	La somma massima, inclusa nella Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza e non in aggiunta ad essa, che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale per specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di assicurazione.
Surroga	La facoltà degli Assicuratori di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il Danno sia stato causato da un terzo. La rinuncia alla Surroga da parte degli Assicuratori lascia impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.

Sezione A - Cosa assicuriamo

La presente Assicurazione è rivolta alle persone giuridiche che desiderano proteggere i propri dipendenti, soci, collaboratori contro il Rischio di Infortunio.

Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura

1.1 Disposizioni comuni

a) Oggetto di polizza

A fronte del pagamento del Premio, gli Assicuratori tengono indenne l'Assicurato per gli eventi di Morte e/o Invalidità permanente derivanti da Infortunio - **fino a concorrenza della Somma assicurata e dei limiti previsti per ciascuna estensione di copertura per il Periodo di assicurazione indicato nella Scheda di polizza e fermo restando quanto espressamente escluso** -, che subisce nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in Polizza;
- di ogni altra attività che non ha carattere professionale.

Ai fini di cui ai paragrafi successivi, le attività oggetto di copertura sono definite come segue:

- i. **Rischio professionale:** ogni attività professionale (principali e secondarie) indicate nella proposta di assicurazione e indicate nella Scheda di polizza, nonché le attività professionali ad esse strettamente accessorie, strumentali o connesse. La copertura per il rischio professionale è da intendersi estesa anche a favore di eventuali infortuni occorsi durante l'attività lavorativa svolta dal personale dipendente in modalità di "**smart working**" o lavoro agile (così come definito nella Legge 22 maggio 2017, n. 81 ss.mm.ii ed eventuali norme speciali), a condizione che il Contraente abbia adempiuto agli obblighi previsti dalla normativa per tempo vigente, tra cui l'obbligo dell'informativa sulla salute e sicurezza nel lavoro agile a favore del lavoratore e ai sensi del disposto di legge di riferimento. Si precisa che durante tali giornate sarà considerata "attività professionale" la sola resasi necessaria per l'espletamento delle proprie mansioni e/o incarichi aziendali, ferma la possibilità da parte degli Assicuratori di effettuare accertamenti al fine di valutare la riconduzione o meno dell'infortunio a cause di lavoro. Resta convenuto che in tali giornate non sarà operante la copertura rischio in itinere, ma opererà la copertura extraprofessionale, ove esistente. Resta comunque inteso che per la valutazione dell'indennizzo, gli Assicuratori procedono a riconoscere l'evento equiparabile ad infortunio professionale, e dunque indennizzabile ai sensi di Polizza, sulla base dell'esito della decisione presa da parte dall'INAIL in merito al medesimo evento.
- ii. **Rischio extra-professionale:** ogni attività che non ha carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui alla lettera precedente;
- iii. **Rischio carica:** attività professionale connessa con l'incarico conferito all'Assicurato, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente all'espletamento del mandato da essi ricoperto. La garanzia comprende gli infortuni che colpiscono l'Assicurato durante il tragitto occorrente per recarsi al luogo ove è chiamato ad espletare il suo 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.**

Salvo diversa indicazione, il Rischio professionale ricomprende anche il Rischio in itinere così come definito e disposto dall'Art. 12 del D.lgs. n. 38/2000 ss.mm.ii.

Cosa si intende per rischio in-itinere?

A titolo esemplificativo e non limitativo, la copertura Rischio in itinere viene equiparata all'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in Polizza.

Pertanto, anche gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso di mezzi previsti dal Decreto Legislativo n. 38/2000 - Art. 12 ss.mm.ii, rientrano nell'ambito del Rischio professionale.

Se l'operatività della Polizza copre solo Rischio extra-professionale, il Rischio in-itinere si intende escluso dalla copertura.

b) Definizione ed estensione della nozione di infortunio

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione, per Infortunio deve intendersi l'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisca l'Assicurato e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso, l'invalidità permanente oppure, ove coperta, l'invalidità temporanea dell'Assicurato.

Fermo quanto espressamente escluso, ai sensi della presente Polizza sono considerati infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**;
- f) punture di insetti, **escluso la malaria**, morsi di rettili e animali;

- g) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni;
- h) gli infortuni sofferti in stato di maleore od incoscienza;
- i) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- j) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- k) la folgorazione.

I postumi invalidanti al rachide cervicale vengono presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali obiettivi con esito positivo.

1.2 Garanzie assicurate

1.2.1 Morte

La Somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata **purché la Morte dell'Assicurato risulti conseguente ad Infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto**. La Somma assicurata viene liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la Morte, gli Assicuratori liquideranno il capitale assicurato riportato sulla Scheda di polizza agli eredi in parti uguali. In caso di mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato trascorsi 12 (dodici) mesi dalla sua scomparsa, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dalle condizioni di Polizza, la Morte verrà presunta e gli Assicuratori corrispondono il conseguente Indennizzo previsto, considerando l'evento di cui sopra come Infortunio.

Ove, successivamente alla liquidazione dell'Indennizzo, venga provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, gli Assicuratori hanno diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

1.2.2 Invalidità permanente

Se l'Infortunio **ha per conseguenza un'Invalidità permanente definitiva e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto**, gli Assicuratori liquidano per tale titolo un'indennità calcolata sulla Somma assicurata per tale garanzia, secondo la Tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - ss.mm.ii con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della Franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella menzionata tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della Somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella menzionata tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di Invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

Inoltre:

1. In caso di menomazione binoculare, si procede al conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempreché la correzione stessa sia tollerata, in caso diverso la valutazione è riferita al visus normale;
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 (due) a 10 (dieci) punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
4. La perdita di 5/10 (cinque decimi) di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata 16% (sedici per cento);
5. In caso di afachia monolaterale:

- Con visus corretto di	10/10, 9/10, 8/10	15%
- Con visus corretto di	7/10	18%
- Con visus corretto di	6/10	21%
- Con visus corretto di	5/10	24%
- Con visus corretto di	4/10	28%
- Con visus corretto di	3/10	32%
- Con visus corretto inferiore di	3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% (quindici per cento) per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo;
7. In caso di minorazione di un organo o di un altro arto, le percentuali della Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

1.3 Estensioni di copertura incluse nel premio

(sempre valide ed operanti se non espressamente derogate o abrogate nella Scheda di polizza)

1.3.1 Rimborso spese mediche

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Polizza, gli Assicuratori rimborsano all'Assicurato, in caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure mediche sostenute e indicate nella Scheda di polizza, **fino a concorrenza dell'importo complessivo per ciascun Assicurato di € 2.500,00 (duemila e cinquecento) al netto dell'applicazione di una Franchigia di € 50,00 (cinquanta) per evento.**

Per cure mediche si intendono:

- i. spese ospedaliere o cliniche;
- ii. onorari a medici e a chirurghi;
- iii. accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- iv. spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- v. spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- vi. spese per la prima protesi, **escluse comunque le protesi dentarie.**

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Esempio di applicazione della franchigia di € 50,00 e somma assicurata € 2.500,00

Esempio 1. Sinistro dal quale risultano spese indennizzabili sostenute pari a € 1.000,00

Indennizzo da liquidare: € 950,00 (€ 1.000,00 - € 50,00)

Esempio 2. Sinistro dal quale risultano spese indennizzabili sostenute pari a € 3.000,00

Indennizzo da liquidare: € 2.450 (€ 2.500,00 - € 50,00)

1.3.2 Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille

Ad integrazione di quanto disposto all'Art. 1.1.b – *Definizione ed estensione della nozione di infortunio*, l'Assicurazione è estesa alle conseguenze dirette delle ernie traumatiche e da Sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille.

Si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 3% (tre per cento) della Somma assicurata per l'Invalidità permanente;**
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della Somma assicurata per l'Invalidità permanente.**

Nel caso insorge contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 12 – Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro.

Nel caso in cui un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza provoca una rottura sottocutanea del tendine di Achille gli Assicuratori riconoscono per tale lesione un **Indennizzo pari al 2% (due per cento) della Somma assicurata per Invalidità permanente ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.**

Per i casi di cui sopra, non è applicata la Franchigia di Polizza per Invalidità permanente.

1.3.3 Malattie tropicali

La garanzia è estesa anche ai casi di Morte e Invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali **contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 (novanta) giorni dalla scadenza della stessa.** Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 ss.mm.ii e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.

La garanzia è prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e **con un massimo di € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Morte e € 500.000,00 (cinquecentomila) per la garanzia Invalidità permanente.**

La valutazione del grado di Invalidità permanente verrà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 ss.mm.ii, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in Polizza per il caso di Invalidità permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dagli Assicuratori in contanti anziché sotto forma di rendita.

La Somma assicurata per Invalidità permanente è soggetta ad una Franchigia relativa del 20% (venti per cento). Pertanto, non si farà luogo all'Indennizzo per Invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% (venti per cento) della totale. Se invece l'Invalidità permanente supera il 20% (venti per cento) della totale verrà corrisposto l'Indennizzo solo per la parte eccedente.

Pagina 8 di 24

Il Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del Danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il Rischio delle malattie tropicali viene fissato in 2 (due) anni dal giorno della denuncia della Malattia.

1.3.4 Danno estetico

Si conviene che in caso di Infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporta risarcimento a titolo di Invalidità permanente, **gli Assicuratori rimborsano un importo entro il limite massimo di € 6.000,00 (seimila) per le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.**

1.3.5 Rimborso spese funerarie

In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, **gli Assicuratori rimborsano le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute entro il limite massimo di € 10.000,00 (diecimila) per Sinistro.**

1.3.6 Rimpatrio della salma

In caso di decesso avvenuto all'Estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, **gli Assicuratori rimborsano agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo di € 7.500,00 (settemila e cinquecento). Non sono indennizzabili le spese funerarie.**

1.3.7 Commorienza del coniuge

Se a causa di Infortunio determinato dal medesimo evento consegue la Morte dell'Assicurato e del Coniuge, non separato, l'indennità per il caso di Morte spettante ai figli minorenni – se conviventi ed in quanto beneficiari – è aumentata del 50% (cinquanta per cento). Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale. Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico degli Assicuratori, per tale titolo, non può superare l'importo di € 50.000,00 (cinquantamila). L'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in Polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di Morte.**

1.3.8 Coma irreversibile

Lo stato dichiarato di coma irreversibile, conseguente ad Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, viene equiparato alla Morte.

Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e le Somme assicurate previste dall'Assicurazione, trascorsi 180 (centottanta) giorni dallo stato di caduta in coma irreversibile gli Assicuratori liquidano ai Beneficiari un Indennizzo pari alla Somma assicurata per il caso Morte. La comunicazione dello stato di caduta in coma irreversibile dell'Assicurato e l'avvenuto superamento del periodo di 180 (centottanta) continuativi dovrà essere comunicato per iscritto agli Assicuratori entro 15 (quindici) giorni dalle rispettive date, secondo le stesse modalità previste per i casi di denuncia di Sinistro. Sono espressamente esclusi i casi di coma derivanti da abuso di alcolici, dall'uso di psicofarmaci e di stupefacenti.

La domanda di pagamento dell'indennizzo deve essere presentata dai Beneficiari, dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo "Coma irreversibile" con le modalità previste ai sensi dell'Art. 5 – *Cosa fare in caso di sinistro.*

A partire dalla data di liquidazione dell'Indennizzo, la presente copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cessa e gli Assicuratori null'altro saranno tenuti a corrispondere in caso di Morte e/o Invalidità permanente dell'Assicurato.

1.3.9 Anticipo di indennizzo per invalidità permanente

Trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche relative ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi, **l'Assicurato potrà richiedere un anticipo agli Assicuratori pari al 50% (cinquanta per cento) del presunto ammontare indennizzabile per Invalidità permanente con il massimo di € 150.000,00 (centocinquantamila), da conguagliarsi successivamente in sede di definitiva liquidazione del Sinistro. L'anticipo verrà liquidato successivamente all'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato, a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte degli Assicuratori, il grado di Invalidità permanente residuo dopo le cure mediche sia superiore al 20% (venti per cento).**

1.3.10 Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato necessita dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, gli Assicuratori rimborsano un importo **fino ad un massimo di € 25.000,00 (venticinquemila)** per i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

1.3.11 Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato è affetto da accertata Invalidità permanente di grado superiore al 30% (trenta per cento), con conseguente perdita di autosufficienza confermata da un medico incaricato dagli Assicuratori, questi rimborsano le spese sostenute nel corso dei 6 (sei) mesi seguenti la stabilizzazione dell'Invalidità al fine di:

- i. attrezzare la residenza principale da lui occupata prima dell'Infortunio in modo da renderla agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia; se non è possibile attrezzare la residenza principale e se l'Infortunio costringe l'Assicurato a traslocare, gli Assicuratori rimborsano i costi del trasloco nella residenza in cui avrà scelto di vivere dopo l'Infortunio;
- ii. attrezzare il suo autoveicolo personale per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia.

Questi rimborsi sono eseguiti dietro presentazione di documenti giustificativi ed entro il limite massimo di € 10.000,00 (diecimila).

Per perdita di autosufficienza si intende l'incapacità fisica, totale e permanente, di compiere almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) attività di vita quotidiana costringendo l'Assicurato all'assistenza di un'altra persona o all'ausilio di apparecchio meccanico:

1. vestirsi e/o svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche arti artificiali o altri apparecchi protesici;
2. lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o doccia (anche di entrare e uscire dalla vasca e dalla doccia) o di lavarsi in modo soddisfacente;
3. nutrirsi: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri;
4. mobilità e/o spostamento: capacità di muoversi in casa.

1.3.12 Infortuni conseguenti a rapine ed aggressioni in genere

In caso l'Assicurato subisce un Infortunio in occasione di rapine, tentate rapine, estorsioni, tentativi di sequestro, atti di vandalismo o aggressioni in genere, fermo restando le condizioni di assicurazione, **gli Assicuratori corrispondono in caso di Morte la Somma assicurata aumentata del 50% (cinquanta per cento) e comunque entro il limite massimo di ulteriori € 100.000,00 (centomila).**

1.3.13 Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato. A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile sono in garanzia gli Infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

1.3.14 Attività temerarie

In caso di Morte o Invalidità permanente determinata da Infortunio a termini di Polizza e derivante da una delle seguenti attività:

- a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III (terzo) grado della scala U.I.A.A.;
- b) speleologia;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità.

Si applica un Sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata prevista per l'attività extra-professionale, con il massimo di € 100.000,00 (centomila) salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti, per i quali tale Sottolimito non troverà applicazione.

Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

La presente clausola si intende operante nei riguardi degli Assicurati per l'attività extra-professionale.

1.3.15 Clausola Dirigenti

Resta tra le Parti convenuto che limitatamente alle persone con la qualifica di dirigente:

1. Malattie professionali

L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 - per l'industria - ss.mm.ii) che si manifestano nel corso della validità del presente contratto di Assicurazione e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della somma totale. **Resta confermata l'Esclusione delle malattie causate dall'amianto in genere, nonché delle conseguenze dirette e indirette provocate dall'accelerazione di particelle atomiche.**

Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi Assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle già menzionate malattie;

2. Grave Invalidità permanente

Qualora in conseguenza d'Infortunio o di Malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in modo tale da non consentire un'attività lavorativa con analoghe mansioni, la Somma assicurata per il caso di Invalidità permanente verrà liquidata al 100% (cento per cento);

3. Sport pericolosi

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport. Si stabilisce comunque che **per il paracadutismo e gli sport aerei in genere verrà applicato un Sottolimito di € 100.000,00 (centomila) per le garanzie Morte ed Invalità permanente.**

1.3.16 **Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)**

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 3.4 – *Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)*, in caso di Invalità permanente, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ss.mm.ii, **quando il grado di Invalità permanente accertata è superiore al 50% (cinquanta per cento) viene corrisposto un Indennizzo pari al 100% (cento per cento) della Somma assicurata per il caso di Invalità permanente.**

1.3.17 **Esonero denuncia altre assicurazioni**

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 10 – *Altre Assicurazioni*, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altri Assicuratori.

Il Contraente/Associato deve, in ogni caso, comunicare eventuali altre Assicurazioni Infortuni stipulate con gli stessi Assicuratori per gli stessi rischi e gli stessi Assicurati, indipendentemente dall'oggetto delle assicurazioni.

1.3.18 **Responsabilità del contraente**

Poiché la presente Assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del Sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di Morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'Infortunio, l'Indennizzo dovuto ai sensi della presente Assicurazione ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto Indennizzo viene accantonato fino ad un massimo pari alla Somma assicurata ai sensi della presente Assicurazione per il caso Morte e/o Invalità permanente, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano all'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

1.3.19 **Rischio volo**

Fermo restando l'esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati esclusivamente come passeggero (ovvero **non come pilota o altro membro dell'equipaggio**), su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

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

1.3.20 **Rischio guerra**

Fermo quanto previsto dall'Esclusione di cui all'Art 2, lettera f) – *Esclusioni*, la copertura è estesa agli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese Estero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

1.4 Estensioni di copertura aggiuntive opzionali

(valide ed operanti solo se indicate nella Scheda di polizza e pagato il relativo Premio)

1.4.1 Diaria da inabilità temporanea

Se un Infortunio causa l'Inabilità temporanea dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, gli Assicuratori pagano l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza:

- 1) totalmente per tutto il tempo che l'Assicurato risulta essere totalmente inabile a svolgere la sua attività abituale;
- 2) in misura del 50% (cinquanta per cento) per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere anche in parte alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando della sua capacità fisica.

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di Polizza, l'indennità giornaliera per l'Inabilità temporanea è pagata per un massimo di 360 (trecentosessanta) giorni a decorrere dall'11° (undicesimo) giorno successivo a quello dell'Infortunio per la categoria di Assicurati per cui è prevista la presente garanzia e purché il Sinistro sia risarcibile sulla base di quanto descritto in Polizza. Nel caso di ritardata denuncia il compenso giornaliero è pagato a partire dal giorno della data di notifica ma in ogni caso non si provvede ad alcun rimborso per notifiche fatte oltre i 90 (novanta) giorni dalla data del Sinistro.

Il pagamento della Diaria cessa immediatamente alla più vicina all'Infortunio delle seguenti date:

- i. dalla data in cui il trattamento per l'Infortunio è considerato completato, come certificato dal documento medico emesso dal medico curante;
- ii. dalla data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;
- iii. dalla data in cui il grado di Invalidità permanente dell'Assicurato può essere stabilito con precisione;
- iv. dalla data della Morte dell'Assicurato.

1.4.2 Diaria da ricovero a seguito di infortunio

Gli Assicuratori corrispondono all'Assicurato, in caso di Ricovero a seguito di Infortunio, in Istituto di cura, l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza sino a che dura il Ricovero con il limite massimo di 360 (trecentosessanta) giorni per ciascuna annualità assicurativa. **Salvo se diversamente indicato nella Scheda di polizza, le prime 2 (due) notti di Ricovero non sono indennizzabili.**

Gli Assicuratori effettuano il pagamento, dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'Istituto di cura, dal quale risulta la descrizione dell'Infortunio, le cause che lo hanno determinato e la durata del Ricovero.

1.4.3 Diaria da gessatura

Qualora a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, è applicato un apparecchio gessato o un tutore immobilizzante equivalente gli Assicuratori liquidano l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni, salvo se diversamente indicato nella Scheda di polizza.

1.4.4 Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo è in aspettativa per Malattia, Infortunio o maternità o è soggetto ad altre forme di prestazioni lavorative parziali quali ad esempio part-time, orario ridotto, cassa integrazione; sia esso senza retribuzione o con retribuzione ridotta.

Per la determinazione delle somme assicurate si fa riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'Infortunio.

Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il Dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'Infortunio, con i criteri di cui all'Art. 7.2.1 – Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni, che viene confermata, e che il Contraente si impegna ad integrare e a comunicare nei termini dell'Art. 7.2 – Premio di regolazione.

1.4.5 Eventi aziendali

La presente estensione di copertura vale solo per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali previa esplicita richiesta del Contraente. **L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.**

La presente estensione di copertura si intende valida per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali mentre gli stessi partecipano all'Evento aziendale organizzato dal Contraente.

La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali partecipano alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, qualsiasi tipo di attività essi svolgano purché ricomprese tra quelle previste dalle condizioni di assicurazione per una durata massima di 12 (dodici) ore continuative.

La copertura si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità permanente da Infortunio con una Somma assicurata di € 100.000,00 (centomila) per ciascun Assicurato addizionale, salvo quanto espressamente escluso.

Ai fini della presente estensione di copertura, a parziale deroga delle condizioni di assicurazione, è stabilito che non si fa luogo a risarcimento per Invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% (tre per cento) della totale. Se l'Invalidità permanente medesima supera il 3% (tre per cento) della totale, verrà corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente. Se l'Invalidità permanente supera il 15% (quindici per cento) della totale, viene corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente.

Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Assicuratori, tramite PEC, e-mail o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'inizio dello stesso.

In caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente deve far pervenire la richiesta alla Assicuratori almeno 2 (due) giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. La Assicuratori in questi casi si riserva il diritto di accettare le variazioni richieste confermandole per iscritto.

Per la denuncia dell'Infortunio vale quanto stabilito dall'Art. 5.1 – *Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro*. Si precisa tuttavia che **gli Assicuratori non procedono ad alcun Indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti la partecipazione all'evento della persona fisica in qualità di Assicurato aggiuntiva**.

Sezione B - Cosa NON è assicurato

Articolo 2 Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di Indennizzo e gli Infortuni derivanti:

- a. dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b. da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- c. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d. da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da Infortunio;
- e. da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- f. da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 1.3.20 – *Rischio guerra*;
- g. dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- h. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'Assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;
- i. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- j. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;
- k. dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., deltaplano, sport aerei in genere fatto salvo quanto previsto dall'Art. 1.3.14 – *Attività temerarie*.

Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale

Articolo 3 Limiti di copertura

3.1 Limiti di età

Fermo restando che la garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età, a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 80° (ottantesimo) anno di età dell'Assicurato, l'Assicurazione può essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 (trenta) giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute. In assenza di specifico accordo scritto, gli Assicuratori restituiscono al Contraente i premi netti eventualmente incassati.

3.2 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle menzionate condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso gli Assicuratori rimborsano al Contraente, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del Periodo di assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della Malattia stessa.

3.3 Franchigia

Qualora nella Scheda di polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione per ogni Sinistro di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

3.3.1 Invalidità permanente

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1.2.2 – *Invalidità permanente*, la garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia sulla Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza.

Salvo se diversamente indicato nella Scheda di polizza, si conviene che non si farà luogo a Indennizzo per l'Invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a X% della totale. Se invece essa risulterà superiore a X% della totale l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. In caso di Invalidità permanente di grado superiore a Y%, la Franchigia si intende annullata e gli Assicuratori liquidano l'indennizzo senza deduzione di alcuna Franchigia.

Cosa si intende per franchigia assoluta e franchigia relativa?

La Franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del Danno subito.

La Franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della Franchigia gli Assicuratori non corrisponde l'Indennizzo, ma se il Danno è superiore, gli Assicuratori lo indennizza senza tener conto della Franchigia.

Esempio di applicazione della franchigia assoluta del 3%

Esempio 1. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 2 punti percentuali (2%) non comporta il pagamento di un Indennizzo.

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 0,00

Esempio 2. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 7 punti percentuali (7%) comporta un Indennizzo pari a 4 punti percentuali (7% - 3%).

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 100.000 x (7% - 3%) = € 4.000

Esempio di applicazione della franchigia 3% relativa al 10%

Esempio 1. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalità permanente accertata pari a 10 punti percentuali (10%) comporta un Indennizzo pari a 7 punti percentuali (10% - 3%).

Somma assicurata: € 100.000

Indennizzo da liquidare: € 100.000 x (10% - 3%) = € 7.000

Esempio 2. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalità permanente accertata pari a 13 punti percentuali (13%) comporta un Indennizzo totale in quanto viene superato il valore dei 13 punti percentuali (13%).

Somma assicurata: € 100.000

Indennizzo da liquidare: € 100.000 x 13% = € 13.000

Esempio di liquidazione del danno

Somma assicurata € 100.000 e grado d'Invalità permanente accertata 15%

Assenza di Franchigia

Indennizzo da liquidare: € 15.000

Franchigia 3% relativa 10%

Indennizzo da liquidare: € 15.000

Franchigia 3% assoluta

Indennizzo da liquidare: € 12.000

3.3.2 Estensione attività temerarie

Per l'estensione di garanzia prevista dall'Art. 1.3.14 – *Attività temerarie* è stabilito che **non si fa luogo ad alcun Indennizzo per Invalità permanente di grado inferiore o pari al 5% (cinque per cento) della totale. Se l'Invalità permanente supera il 5% (cinque per cento) della totale, viene corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente.**

3.4 Valutazione speciale invalidità permanente (supervalutazione IP)

Qualora, a seguito dello stesso evento, indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato riporti **postumi invalidanti uguali o superiori al 60% (sessanta per cento), gli Assicuratori corrispondono il 100% (cento per cento) della Somma assicurata dichiarata nella Scheda di polizza.**

3.5 Limitazione delle garanzie agli infortuni professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di polizza.

3.6 Limitazione delle garanzie agli infortuni extra-professionali

La garanzia vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni attività che non ha carattere professionale.

3.7 Cumulo di indennizzi

L'indennità per Inabilità temporanea è cumulabile con quella per Morte o Invalità permanente. Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso Morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. **Il diritto all'Indennizzo per Invalità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.** Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, gli Assicuratori pagano agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

Inoltre:

- la garanzia Inabilità temporanea non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da convalescenza a seguito di ricovero, Diaria da gessatura e Coma irreversibile;
- la garanzia Diaria da ricovero a seguito di infortunio non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da gessatura e Coma irreversibile;
- la garanzia Diaria da gessatura non potrà in alcun caso cumularsi con quanto eventualmente corrisposto per Diaria da ricovero a seguito di infortunio, Diaria da convalescenza a seguito di ricovero, Inabilità temporanea e Coma irreversibile.

3.8 Limite di indennizzo

Resta espressamente convenuto che **in nessun caso gli Assicuratori possono essere chiamati a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 25.000.000,00 (venticinque milioni) qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.**

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso Rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedono tale importo gli Assicuratori procedono alla riduzione proporzionale.

L'Assicurato non può essere inserito in più di una categoria prevista in Polizza. Qualora la stessa persona assicurata risulti presente in più categorie, per dar luogo ad un eventuale indennizzo viene presa in considerazione unicamente la prestazione più favorevole.

Cosa si intende per limite catastofale?

È l'esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza

L'Assicurazione vale per il mondo intero. L'Indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta locale corrente.

Resta inteso tra le parti che, ferma restando l'efficacia dell'Assicurazione collettiva, gli Assicuratori non saranno tenuti a prestare coperture assicurative, né a liquidare Sinistri o ad effettuare qualsiasi altro pagamento previsto dalle Condizioni di Assicurazione che possano esporre gli Assicuratori a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di qualunque paese dove gli Assicuratori hanno una propria sede secondaria o una presenza permanente.

Sezione D – Gestione dei sinistri

Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro

Cosa si intende per principio indennitario?

Principio fondamentale contro i rami danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dagli Assicuratori deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

5.1 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve denunciare agli Assicuratori qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto. **L'Assicurato deve denunciare per iscritto agli Assicuratori, anche per tramite dell'intermediario, ciascun Sinistro entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza.**

La denuncia del Sinistro e la richiesta di Indennizzo devono indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per gli Assicuratori, impegnandosi a prestare la massima collaborazione agli Assicuratori nell'istruzione del Sinistro.

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

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo Rischio, l'Assicurato deve denunciare il Sinistro a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli Artt. 1910 e 1913 Codice civile.

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a DRAVE Underwriting S.r.l. Divisione sinistri – all'indirizzo PEC drapeufficiosinistri@legalmail.it.

5.2 Criteri di indennizzo

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

5.3 Liquidazione del sinistro

Gli Assicuratori si impegnano a pagare all'Assicurato o all'aveute diritto le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data di definizione dell'importo del Sinistro o dal mancato accordo.

5.4 Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Sezione E - Condizioni generali di assicurazione

Articolo 6 Effetto e durata della polizza

Il primo Periodo di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati agli Assicuratori – anche per tramite dell'Intermediario cui la Polizza è assegnata, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 11.1.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*.

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di polizza e, in mancanza di Disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'Intermediario cui la Polizza è stata assegnata o a DRAVE Underwriting S.r.l. (fa fede la data del timbro postale) o PEC a DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo draveudisette@legalmail.it direttamente dal Contraente spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (un) anno.

6.1 Deroga al tacito rinnovo

(valido ed operante solo se indicato nella Scheda di polizza)

A deroga di quanto disposto dall'Art. 6 – *Effetto e durata della polizza* delle condizioni di assicurazione, resta convenuto che la Polizza cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di Disdetta.

Articolo 7 Pagamento e regolazione del premio

7.1 Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.

Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di pagamento. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 (trenta) giorni; pertanto, se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà degli Assicuratori di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato all'Art. 11.1.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*.

I Premi devono essere pagati agli Assicuratori oppure all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono i sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come Beneficiario gli Assicuratori o l'Intermediario della Assicuratori a cui è assegnata l'Assicurazione per tramite di DRAVE Underwriting Srl.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, gli Assicuratori hanno diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il Premio è sempre determinato per un Periodo di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

7.2 Premio di regolazione

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni Periodo di assicurazione secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito e riportato nella Scheda di polizza.

A tale scopo entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni Periodo di assicurazione devono essere forniti per iscritto agli Assicuratori i dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione effettuata dagli Assicuratori.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore degli Assicuratori.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al Periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per gli Assicuratori di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera

raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, gli Assicuratori, fermo il diritto di agire giudizialmente, non sono obbligati per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Salvo diversa richiesta, di comune accordo fra le parti si conviene che per le polizze a multipli di retribuzione e a libro matricola nessuna appendice di regolazione premio - attiva e passiva - sarà emessa nel caso in cui il relativo ammontare di Premio non sia uguale o inferiore a € 100,00 (cento). Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che gli Assicuratori modificano quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% (settantacinque per cento) dell'ultimo Premio consuntivo.

In ogni caso, la somma dovuta agli Assicuratori a titolo di Premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la Polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% (settanta per cento) del Premio pagato a deposito.

7.2.1 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'Infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'Infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.
3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dagli Assicuratori di fare accertamenti e controlli.
Il tasso di Premio (per mille) pattuito, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al punto 1. Al Premio risultante sono applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Articolo 8 Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese del Contraente e riportate nella Scheda di polizza formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione degli Assicuratori di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 1893 e 1894 del Codice Civile.

Cosa sono le dichiarazioni precontrattuali?

Sono tutte le informazioni relative al Rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, sulla base delle quali gli Assicuratori effettuano la valutazione del Rischio e stabiliscono le condizioni di assicurazione.

Articolo 9 Variazioni contrattuali

9.1 Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio.

Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, gli Assicuratori provvederanno a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, gli Assicuratori hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

L'aggravamento del Rischio non noto o non accettato dagli Assicuratori può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile.

Cosa si intende per variazione del rischio?

Qualsiasi mutamento del rischio (es. cambio dell'attività professionale) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di Assicurazione.

Articolo 10 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente Polizza. **In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'Indennizzo. Gli Assicuratori entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione possono recedere dal contratto con un preavviso di 15 (quindici) giorni.**

Articolo 11 Casi di interruzione del contratto

11.1 Recesso per sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tanto il Contraente che gli Assicuratori possono recedere dal presente contratto assicurativo mediante lettera raccomandata A/R a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'Intermediario cui la Polizza è stata assegnata (fa fede la data del timbro postale) o PEC indirizzata a DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo draveudisette@legalmail.it, dando un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di effetto del recesso. In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori, questi ultimi rimborsano al Contraente la quota di Premio imponibile relativa al periodo di rischio pagato e non goduto, qualora fosse il Contraente ad esercitare il recesso, lo stesso avrà diritto ad un rimborso pari al 50% (cinquanta per cento) del Premio imponibile pagato relativo al periodo per il quale l'Assicurazione non avrà più efficacia.

11.2 Risoluzione per mancato pagamento del premio

In caso di mancato pagamento del Premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.1 – *Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa*, gli Assicuratori hanno facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'Art. 1901 Codice Civile.

Articolo 12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio (o della Malattia), gli Assicuratori e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione degli Assicuratori e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che gli Assicuratori comunicheranno all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il 3° (terzo) medico viene scelto dagli Assicuratori e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai 2 (due) primi medici designati; in caso di disaccordo, il 3° (terzo) medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Nominato il 3° (terzo) medico, gli Assicuratori convocheranno il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 13 Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice civile.

Articolo 14 Oneri fiscali

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

Articolo 15 Clausola intermediario

Agli effetti delle condizioni di assicurazione, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC, e-mail o mezzi legalmente equivalenti, si intenderà come fatta agli Assicuratori, come pure ogni comunicazione fatta dall'Intermediario agli Assicuratori, in nome e per conto del Contraente, si intenderà fatta dal Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Articolo 16 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Fatto salvo quanto previsto con riguardo alle controversie di natura medica, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento dei premi insoluti è completamente responsabile in via esclusiva l'Autorità giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DRAVE Underwriting S.r.l.

Articolo 17 Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti, il Contraente prende atto e accetta quanto segue:

1. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario si considera effettuata al Contraente;
2. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario si considera effettuata dal Contraente;
3. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario e/o al Contraente si considera effettuata dagli Assicuratori;
4. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario e/o dal Contraente si considera effettuata agli Assicuratori;

Articolo 18 Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, i riferimenti degli Assicuratori sono i seguenti:

Elips Life Ltd, sede secondaria italiana - Via San Prospero 1, 20121 Milano (MI), Italia

Tel. +39 02 82958900 - Sito internet: www.elipslife.com - e-mail: contatto.it@elipslife.com - PEC: elipslife@pec.elipslife.com.

Articolo 19 Rinuncia di rivalsa

Gli Assicuratori rinunciano, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di Surroga che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Articolo 20 Buona fede

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

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui all'Art. 8 – *Dichiarazioni del contraente assicurato relative al rischio* e all'Art. 9 – *Variazioni contrattuali*.

Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere agli Assicuratori il maggior Premio proporzionalmente al maggior Rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Articolo 21 Sanzioni internazionali

La Assicuratori non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai termini della presente Polizza, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che espongano la Assicuratori, la sua capogruppo o le sue controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Articolo 22 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

Articolo 23 Reclami e Arbitro Assicurativo

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta o e-mail:

Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)
Via San Prospero, 1 – 20121 Milano
e-mail: reclami@pec.elipslife.com

specificando per iscritto e in modo dettagliata le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.

RECLAMI ALL'IVASS

Nel caso il soggetto che ha scritto il reclamo non si ritenesse soddisfatto dell'esito o non ricevesse riscontro da parte della Compagnia entro i 45 giorni, potrà scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

a mezzo posta, oppure via fax al numero 06.42.133.206, o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it o tutela.consumatore@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo per la presentazione del reclamo e allegando alla richiesta la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

- 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 all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo è reperibile sul sito di IVASS, all'indirizzo www.ivass.it.

RECLAMI ALL'AUTORITÀ DEL LIECHTENSTEIN

I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein):

Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein
Landstrasse 109, Postfach 279
9490 Vaduz, Liechtenstein
Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

MEDIAZIONE E ARBITRO ASSICURATIVO

Il reclamante potrà interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).

Questa procedura deve essere attivata obbligatoriamente prima di procedere innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria

In alternativa al procedimento di Mediazione, per la risoluzione stragiudiziale delle controversie in ambito assicurativo, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Si può presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo solo dopo aver presentato reclamo alla Compagnia e/o all'intermediario, se non si è ricevuta risposta trascorso il termine di 45 giorni o se si è ricevuta una risposta non soddisfacente.

L'Arbitro Assicurativo avrà competenza sulle controversie che sorgono in materia assicurativa per l'accertamento di diritti, obblighi e facoltà e per l'inosservanza delle regole di comportamento nella distribuzione dei prodotti (<https://www.arbitroassicurativo.org>).

Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche solo “Elips Life”, il “Titolare” o la “Società”), ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il “Regolamento” o il “GDPR”) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati (“Interessato”) circa le modalità e le finalità del trattamento di tali dati in fase di valutazione del rischio assicurativo, a seguito della sottoscrizione e/o dell’esecuzione del contratto di assicurazione (di seguito anche solo “Assicurazione” o “Contratto”) e/o in sede di denuncia/liquidazione del sinistro. In particolare, con la presente informativa sul trattamento dei dati personali (di seguito anche solo l’“Informativa”), Elips Life intende informare l’Interessato sull’utilizzo dei suoi dati personali (di seguito anche solo i “Dati Personali” o i “Dati”).

A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd, con sede legale in Industriestrasse, 56, 9491, Ruggell (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, Società soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG.

B) Tipologia di Dati trattati

Il Titolare potrà trattare dati comuni (i.e. dati identificativi e di contatto), documenti d’identità, dati bancari (i.e. codice iban), dati relativi alla polizza (i.e. numero di polizza, codice cliente), e, previo suo consenso, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute) nonché eventuali dati giudiziari come definiti dall’art. 10 del GDPR (i.e. dati relativi a condanne penali).

I Dati possono essere raccolti direttamente dalla Società, anche per il tramite del contraente, o attraverso altri soggetti del rapporto assicurativo che collaborano con la Società (i.e. intermediari assicurativi), nonché possono essere forniti direttamente dall’Interessato o dai suoi familiari o aventi causa.

C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

I Dati raccolti sono trattati dal Titolare esclusivamente nell’ambito della normale attività assicurativa per le seguenti finalità:

- 1) finalità quali la valutazione del rischio assicurativo, la stipula ed esecuzione del Contratto, l’incasso dei premi, la gestione e liquidazione dei sinistri nonché tutte le altre attività strettamente connesse e strumentali alle medesime, quali, ad esempio, l’eventuale riassicurazione e/o coassicurazione etc.. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato, fermo quanto di seguito indicato. Ove la finalità perseguita richiede il trattamento dei dati particolari relativi all’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito di tale interessato. In tal caso, il trattamento di tali Dati trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. a) e nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR. In qualsiasi momento l’Interessato potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al punto I) della presente Informativa;
- 2) finalità quali la gestione dei reclami, dei controlli richiesti dalla normativa in materia di antiriciclaggio, di sanzioni internazionali, di prevenzione e contrasto delle frodi, delle attività derivanti da esigenze amministrative, contabili e fiscali, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e per altre finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell’adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato;
- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) ai fini tariffari e statistici, di prevenzione ed accertamento delle frodi, di manutenzione e sicurezza dei sistemi e degli asset aziendali. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare o, con riferimento ai Dati particolari trattati per finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, nell’art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato. Il trattamento dei dati giudiziari è consentito nei limiti di quanto previsto dalle disposizioni di legge o di regolamento.

D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati è necessario alla Società per il perseguimento delle finalità indicate al precedente punto C) nell’ambito della normale attività assicurativa.

Un eventuale rifiuto o revoca del consenso al conferimento dei Dati Personali, laddove espressamente richiesto, comporta per la Società l’impossibilità di procedere alla erogazione dei servizi richiesti e/o a dare esecuzione all’Assicurazione.

E) Modalità del trattamento

I Dati sono trattati mediante supporti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, in conformità alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

I Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità di lettura massiva di questionari anamnestici. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, la Società potrà utilizzare i Dati durante sessioni di addestramento dei sistemi di intelligenza artificiale al fine di migliorare ulteriormente l'affidabilità del processo. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Società, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Società e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

F) Soggetti autorizzati, soggetti o categorie di soggetti a cui i Dati possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento e ambito di diffusione dei Dati

Per le finalità e con le modalità sopra descritte, i Suoi Dati Personali possono essere comunicati dalla Società ai propri dipendenti e/o collaboratori autorizzati al trattamento ai sensi dell'art. 29 del GDPR nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni loro impartite. I Dati Personali possono essere, inoltre, comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che potranno trattarli in qualità di autonomi titolari del trattamento o quali responsabili del trattamento designati dalla Società ai sensi dell'art. 28 del GDPR:

- assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, intermediari assicurativi ed altri soggetti che, a diverso titolo, intervengono nella gestione del rapporto assicurativo (c.d. catena assicurativa);
- soggetti dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, ivi inclusa la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alle coperture assicurative offerte (e.g. consulenti informatici, esperti, consulenti legali, consulenti fiscali, medici fiduciari, revisori dei conti, investigatori privati, fornitori, etc.);
- altri soggetti che svolgono ulteriori attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione (e.g. società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
- organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo ai quali la Società è iscritta (es. ANIA);
- altre società del Gruppo Swiss Life (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.

L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Società ai recapiti sopra riportati.

I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

G) Trasferimento di dati all'estero

I Dati Personali vengono trattati all'interno dello Spazio Economico Europeo (SEE), ovvero, in paesi, quali la Svizzera, in presenza delle garanzie di seguito indicate. Laddove si rendesse necessario trasferire i Dati verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo o verso organizzazioni internazionali, tale trasferimento sarà eseguito nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, pertanto, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea o, in mancanza di questa, sulla base di garanzie adeguate ai sensi degli artt. 46 e seguenti del GDPR.

H) Conservazione dei Dati

I Dati oggetto di trattamento per le finalità contrattuali, saranno conservati per il periodo di durata della Assicurazione e, successivamente, per il tempo in cui il Titolare sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge o di regolamento.

In ogni caso, il Titolare non conserverà i Dati oltre 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'Assicurazione, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

I) Diritti dell'Interessato

In relazione ai trattamenti dei dati sopra descritti, lei potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento (artt. 15-21) e dalla normativa nazionale vigente, ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei suoi dati personali e accedere al loro contenuto (diritto di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del Trattamento dei dati trattati in violazione di legge compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al Trattamento (diritto di opposizione);
- revocare il consenso prestato, nelle ipotesi in cui il Trattamento avvenga sulla base dello stesso, senza pregiudizio per la liceità del Trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- nei casi previsti, ricevere copia dei dati in formato elettronico che lo riguardano resi nel contesto del contratto e chiedere che tali dati siano trasmessi ad un altro titolare del Trattamento (diritto alla portabilità dei dati);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti:

Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com. La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata o e-mail.

Ai sensi dell'art. 77 del GDPR, l'Interessato ha il diritto di presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (di seguito anche solo il "Garante") qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati sia contrario alla normativa sulla protezione dei dati personali, nonché di ricorrere agli altri mezzi di tutela previsti dalla normativa applicabile. Il reclamo dovrà essere presentato seguendo le istruzioni fornite dal Garante sul proprio sito web (www.garanteprivacy.it).

J) Responsabile della Protezione dei Dati

Elips Life ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nel punto I) della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo email: compliance@elipslife.com.

Qualora intervenissero eventuali modifiche rilevanti che possano riguardare direttamente l'Interessato o che necessitino del suo consenso, Elips Life provvederà ad informare l'Interessato.