



SET INFORMATIVO

Assicurazione Infortuni Individuale 1H01 Infortuni 24

- Documento Informativo Precontrattuale (DIP)
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo)
- Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale che copre il rischio di infortuni che può subire l'assicurato sia in caso di svolgimento di attività professionali che per ogni altro tipo di attività non professionale.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nello svolgimento:

- ✓ delle attività professionali principali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dagli Assicuratori prima, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- ✓ di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione copre, in relazione alla somma assicurata:

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio

È possibile attivare in aggiunta una o più delle seguenti garanzie opzionali applicando un premio aggiuntivo sulla base delle tariffe:

- ✓ Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio
- ✓ Indennità da ricovero in conseguenza di infortunio
- ✓ Indennità da gesso
- ✓ Indennità da convalescenza post ricovero
- ✓ Invalidità permanente da malattia (con compilazione del questionario anamnestico)



Che cosa non è assicurato?

- ✗ le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, né soggetti affetti da infermità mentali quali per es. sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive
- ✗ gli infortuni avvenuti in conseguenza di voli effettuati su aeromobili privati e/o aeroclub
- ✗ le persone di età superiore a 75 anni, gli anni si riducono a 65 per la garanzia Invalidità permanente da malattia



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni principalmente derivanti da:

- ! Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:
 - ! trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
 - ! suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
 - ! uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
 - ! guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
 - ! partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
 - ! pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
 - ! partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
 - ! ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 12; in qualsiasi caso la morte dell'assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa assicurazione.
 - ! gli infarti.
 - ! l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
 - ! le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
 - ! I sinistri derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, utilizzo di bob o skeletons.
 - ! Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa
 - ! Si escludono i danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione ad atti di guerra, terrorismo e stragi di massa.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli Indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in valuta corrente.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere:

- di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare
- di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni sulle medesime cose e per il medesimo rischio

In corso di contratto hai l'obbligo dare immediata comunicazione scritta in caso di:

- ogni possibile aggravamento del rischio
- variazione delle condizioni dell'assicurato
- Infortunio, la denuncia con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società od all'Intermediario cui è assegnata la Polizza, entro 5 giorni lavorativi dall'Infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne hanno avuto conoscenza.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o al risarcimento nonché l'annullamento del contratto stesso.



Quando e come devo pagare?

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

Il pagamento deve essere effettuato, presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto, mediante: assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità, in contanti (per un importo fino a € 750), ordini di bonifico o altri mezzi di pagamento bancario o postale e sistemi di pagamento elettronico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza se in quel momento il Premio è stato pagato, diversamente decorre dalle ore 24 del giorno in cui è stato effettuato il pagamento, fermo restando le scadenze stabilite nel Contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 giorni, decorso il quale l'Assicurazione viene sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento del Premio e delle spese.

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.



Come posso disdire?

Dopo ogni Sinistro indennizzabile a termini di Polizza e sino al sessantesimo giorno dalla sua definizione, il Contraente o la Società possono recedere dal Contratto con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. In caso di recesso esercitato dalla Società, la stessa metterà a disposizione del Contraente la quota di Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.

Nel caso di polizza annuale con tacito rinnovo si ha la facoltà di disdire la polizza al termine di ogni annualità, mediante lettera raccomandata da inviare almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza.

Assicurazione Infortuni 1H01

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

Compagnia: ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A



Prodotto: ArgoGlobal Assicurazioni Infortuni – Infortuni 1H01 Infortuni 24

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 01/01/2019

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.

Via Guido D'Arezzo 14 – 00198 Roma; tel. 06.85379811; sito internet: www.argo-global.it; e-mail: info@argo-global.it;
PEC: argoglobal@pec.argo-global.it

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A., è una Società soggetta a direzione e coordinamento di ARGO GROUP INTERNATIONAL HOLDINGS LTD.
Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2581 del 21.1.2008 - Iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazioni al n. 1.00163.

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta sulla base dell'ultimo bilancio approvato al 31/3/2018 a 20,4 milioni di euro. Il capitale sociale ammonta a 20 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 0,4 milioni di euro.
L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari al 120,03% al 31/3/2018, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (17,1 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (14,2 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 4,2 milioni di euro.

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, l'assicurazione comprende:

ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione, si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, con l'intesa che:

- se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita oltre;
- se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, gli Assicuratori corrisponderanno, fino ad un massimo di EURO 2.500.00 per ogni assicurato, il rimborso delle spese sostenute, in caso di decesso, per il rimpatrio della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura in Italia.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta

RISCHIO VOLO (non valido per polizze di durata inferiore ad un anno)

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri:

- in servizio pubblico di linee aeree regolari;
- esercitati da società che effettuano voli charter o comunque di proprietà e gestiti da aziende commerciali;
- plurimotori (escluse le trasvolate oceaniche), esercitati da ditte private (sempreché non di proprietà dell'Assicurato)

Supervalutazione della Invalidità Permanente superiore al 50%

In conseguenza di un infortunio l'Assicurato riporti un grado di Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

Le garanzie sono prestate entro i massimali e se previste, secondo le somme assicurate concordate con il contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

GARANZIE AGGIUNTIVE

E' possibile attivare, con il pagamento del corrispettivo premio:

Indennità giornaliera in caso di ricovero

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza: L'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura, gli Assicuratori liquideranno un'indennità per ogni giorno di ricovero con il limite giornaliero stabilito nel Frontespizio di polizza e per un periodo massimo di 180 giorni per evento.

Indennità giornaliera in caso di ingessatura

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza: Viene applicato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, gli Assicuratori liquideranno un'indennità pari alla somma assicurata - per un periodo massimo di 90 giorni - fino alla rimozione di suddetti mezzi. Detta indennità non si cumula con la "Indennità giornaliera in caso di ricovero"

Indennità di Convalescenza Post Ricovero

In caso di ricovero per infortunio, indennizzabile ai sensi della presente polizza o in day-hospital in caso di intervento chirurgico (day surgery), seguita da convalescenza prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità pari a quella prevista per il ricovero per ogni giorno di convalescenza nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

L'indennità sarà così corrisposta fino ad un massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Non sarà tuttavia corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta l'indennità per gesso salvo il caso in cui l'importo dell'indennità di convalescenza sia superiore a quello dell'indennità da gesso: in questa eventualità sarà riconosciuta la sola indennità di convalescenza.

Rimborso Spese mediche da infortunio

La Compagnia rimborserà l'assicurato in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente assicurazione, il costo delle spese mediche sostenute in Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto) fino alla concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in polizza.

Invalidità Permanente da Malattia (valida solo se il capitale è espressamente indicato in polizza e se è stato compilato il questionario anamnestico, valutato e autorizzato dalla Società che costituisce parte integrante della presente polizza):

L'Assicurazione è estesa al caso di Invalidità permanente derivante da Malattia (la diminuita capacità lavorativa o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità stessa ad una qualsiasi occupazione proficua) che insorga nel corso del Contratto e che abbia per conseguenza una invalidità permanente:

- sia conseguente a malattia insorta dopo il 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione
- si sia manifestata non oltre un anno dalla cessazione del contratto.





Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi


Nel caso fosse attivata la garanzia Invalidità Permanente da Malattia: Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:


	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Malattie o Condizioni patologiche preesistenti, nonchè le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciute alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;</i> • <i>eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;</i> • <i>Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;</i> • <i>Malattie derivanti o comunque connesse a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;</i> • <i>Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;</i> • <i>aborto volontario non terapeutico;</i> • <i>liposuzione e prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio);</i> • <i>conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche per curare malattie indennizzabili ai sensi del presente contratto;</i> • <i>conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche..</i>
--	--


 Ci sono limiti di copertura?	
Esclusioni	<i>L'indennizzo corrisposto per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di Invalidità Permanente prestate con polizze infortuni.</i>
Franchigie e Scoperto	<p><i>Per l'Invalidità Permanente</i> <i>Le somme assicurate per invalidità permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia come di seguito riportato:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>franchigia del 3% per capitali fino alla concorrenza di € 300.000,00;</i> - <i>franchigia 5% per capitali eccedenti € 300.000,00.</i> <p><i>Qualora invece il grado di Invalidità Permanente accertato superi il 12% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.</i></p> <p><i>Indennità giornaliera in caso di ingessatura</i> <i>Poiché detta indennità non si cumula con la Indennità giornaliera in caso di ricovero, è corrisposta a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'applicazione del gesso o altro presidio terapeutico rigido.</i></p> <p><i>Per Rimborso spese sanitarie a seguito di Infortunio</i> <i>La garanzia è prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di 150 euro, per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'assicurato.</i></p> <p><i>Per la Invalidità permanente da Malattia è prevista una franchigia variabile dal dal 25% al 66%.</i></p>


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p><i>La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto al Broker entro 5 (cinque) giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.</i></p> <p><i>Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.</i></p> <p><i>Il decorso delle lesioni subite dovrà essere documentato da eventuale ulteriore certificazione medica successiva alla denuncia dell'evento fino alla guarigione clinica.</i></p> <p><i>Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso agli Assicuratori.</i></p> <p><i>L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici degli Assicuratori ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.</i></p>


	<p><i>Nel caso si trattasse della garanzia Invalidità Permanente da Malatti, la denuncia deve essere effettuata entro 3 giorni dal rilascio del relativo certificato, e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto. Su richiesta della Società in caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari.</i></p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione <i>Non vi sono prestazioni erogate in forma diretta.</i></p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese <i>Non è prevista la gestione di sinistri, da parte di altre Compagnie di Assicurazione.</i></p>
	<p>Prescrizione <i>I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</i></p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p><i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i></p>
Obblighi dell'impresa	<p><i>L'impresa si impegna, ricevuta la documentazione necessaria, definita la quantificazione del danno e inviata la quietanza di pagamento all'assicurato, a pagare l'indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della quietanza stessa firmata dall'assicurato per accettazione.</i></p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p><i>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, i premi sono soggetti all'applicazione di un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile a carico del Contraente</i></p>
Rimborso	<p><i>Non è previsto il rimborso del premio salvo il caso di recesso per sinistro: Dopo ogni Sinistro indennizzabile a termini di Polizza e sino al sessantesimo giorno dalla sua definizione, il Contraente o la Società possono recedere dal Contratto con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. E' dovuto al Contraente la quota di Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio pagato e non goduto.</i></p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p><i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i></p>
Sospensione	<p><i>Non è prevista la sospensione della copertura</i></p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p><i>Non previsto.</i></p>
Risoluzione	<p><i>In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente</i></p>

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p><i>Sia a persone fisiche che giuridiche i cui assicurati siano residenti in Italia e con età inferiore a 75 anni. Per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia la copertura assicurativa è prestata per soggetti di età non superiore ai 65 anni.</i></p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p><i>Sono a carico del Contraente i costi di intermediazione, che gravano sul premio di polizza e che nel presente contratto sono pari al 26% del premio imponibile.</i></p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri possono essere presentati per iscritto ad ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. all'attenzione dell'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: PEC: reclami@pec.argo-global.it Posta: ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. – Funzione Reclami, Via Guido D'Arezzo, 14 – 00198 Roma – fax 06/85305707.</p> <p>Sarà cura di ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. comunicare gli esiti del reclamo entro <u>il termine di 45 giorni</u> dalla data di ricevimento del reclamo stesso.</p>
All'IVASS	<p>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</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>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).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><i>Liti Transfrontaliere: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net)..</i></p>

AVVERTENZE:

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI UTILIZZARLA PER LA SOLA CONSULTAZIONE DELLE INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO E NON PER LA GESTIONE TELEMATICA DEL MEDESIMO.

ArgoGlobal Assicurazioni

01H 01 – Infortuni 24

Modello 01H 01 - edizione Gennaio 2019

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, contenenti:

- a) Glossario pag. 2
- b) Condizioni di Assicurazione pag. 4
- c) Modulo di Proposta pag. 30

devono essere consegnate al contraente prima della sottoscrizione del contratto

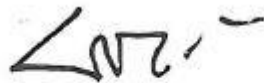
GLOSSARIO

per "Assicurazione"	il Contratto di Assicurazione;
o "Contratto":	
per "Polizza":	il documento che prova l'Assicurazione;
per "Contraente":	la persona fisica o giuridica che stipula il Contratto di Assicurazione. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato;
per "Assicurato":	la persona fisica in favore della quale é prestata l'Assicurazione;
per "Consumatore"	la persona fisica che conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio dell'attività imprenditoriale o professionale che svolge;
per "Società":	ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.;
per "Intermediario":	il broker o l'agente regolarmente iscritto al relativo albo professionale;
per "Premio":	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
per "Rischio":	la probabilità che si verifichi il Sinistro;
per "Sinistro":	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
per "Indennizzo":	la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
Per "Franchigia":	parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato (la franchigia può essere espressa in giorni o in percentuale);
Per "Beneficiario":	gli aventi diritto alla prestazione della Società qualora si verifichi il rischio assicurato;
Per "Day – Hospital":	la degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno, documentata da cartella clinica;
Per "Day – Surgery":	la degenza in Istituto di Cura a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica;
Per "Infortunio":	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l'Invalidità Permanente o l'Inabilità Temporanea;
Per "Istituto di cura"	ogni ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità e in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non si considerano istituti

di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno;

Per “Malattia”	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio;
Per “Invalidità permanente”	perdita definitiva o anatomica o funzionale di organi o arti o parte di questi;
Per “Inabilità Temporanea”	perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell’Assicurato di svolgere regolarmente la propria attività professionale principale e secondarie
Per “Apparecchio Gessato”	mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura
Per “Ricovero”	la degenza in Istituto di cura comportante almeno un pernottamento;
Per “Guerra “	si intende guerra, dichiarata o meno, ovvero ogni attività di guerra, incluso l’uso della forza militare da parte di uno stato sovrano per raggiungere fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o qualsiasi altro scopo;
Fascicolo informativo	Insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente composto da: nota informativa, comprensiva del glossario e condizioni di assicurazione.

ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A.
L’Amministratore Delegato



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

(Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge)

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno concordato ed indicato nel FRONTESPIZIO, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 2 – DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO (vedi oltre art.21)

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni diminuzione del rischio. Gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente/Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Tale obbligo vale anche, ai sensi dell'art. 1898 C.C., per l'aggravamento del rischio; in tali casi gli Assicuratori avranno il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente Assicurazione dando avviso di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni. **Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.**

ART. 2BIS – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.**

ART. 3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60.mo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo gli Assicuratori ed il Contraente possono recedere dall'Assicurazione o, nel caso che siano assicurate più persone, possono far cessare l'assicurazione relativa alla sola persona infortunata, dando un preavviso di 30 giorni. In tale caso al Contraente spetta il rimborso della parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A meno che non sia specificamente richiesto nella proposta di polizza il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso agli Assicuratori della presente polizza.

ART. 5 – ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dagli Assicuratori.

ART. 6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni cui le parti sono tenute devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax. Tutte le comunicazioni date al Broker hanno piena validità ed efficacia tra le parti.

ART. 7 – FORO COMPETENTE

A meno che non sia specificamente concordato tra le parti il foro competente, a scelta della Parte attrice è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede l'Assicurato .

ART. 8 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 9 – PROROGA DELLA ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno un mese prima della scadenza contrattuale, la polizza viene automaticamente prorogata per una ulteriore annualità.

ART. 10 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso l'Assicuratore liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.

ART. 11 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Gli Assicuratori rinunciano a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'art. 1916 C.C. verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio causato alle persone assicurate con il presente contratto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nello svolgimento:

- delle attività professionali principali dichiarate, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dagli Assicuratori prima, non avrebbero determinato alcuna maggiorazione del premio;
- di ogni altra attività svolta che non abbia carattere professionale.

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a) le lesioni sofferte in occasione di scioperi o sommosse, tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni, vandalismo, atti violenti che abbiano anche movente politico, sociale o sindacale, rapina, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria o attiva;**
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili);
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art. 14 Esclusioni lettera e) ed f);
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei in qualità di puro passeggero nei limiti e nei termini di quanto disposto nell'art. 27 delle Condizioni Generali;
- e) i colpi di sole e di calore, la disidratazione, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate);
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione di fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;

- n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli, motoveicoli o natanti), di malore e di incoscienza;
- p) gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r) gli Assicuratori in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme assicurate per uno degli eventi garantiti in polizza anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti e l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti;
- s) gli infortuni subiti in occasione di dirottamento o pirateria aerea fatto salvo quanto specificatamente escluso dalla clausola "Esclusione di Guerra, Terrorismo e stragi di massa.
- t) gli infortuni subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport **eccetto quelli specificatamente esclusi all'Art. 14 Esclusioni delle Condizioni Generali.**

ART. 13 - ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione, si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, **con l'intesa che:**

- a) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura stabilita oltre;
- b) se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio ed entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

ART. 14 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;

- b) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- c) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- d) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- e) partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;
- f) pratica a qualunque titolo di paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- g) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo e speleologia che di norma implicino l'uso di ramponi, funi o guide, caccia a cavallo, concorsi ippici, la pratica di rugby, boxe o qualunque altra forma di arte marziale;
- h) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 12; in qualsiasi caso la morte dell'assicurato dovuta a malattia è esclusa da questa assicurazione.
- i) gli infarti.
- j) l'attività subacquea con l'uso di apparato respiratorio ad eccezione di quella effettuata ad una profondità non superiore ai 30 metri ed in compagnia, in qualsiasi momento, di un altro subacqueo.
- k) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da un infortunio.
- l) i sinistri derivanti e/o riconducibili ad attività riguardante gare di sci e snowboard, gare di salto con gli sci, sci acrobatico, hockey su ghiaccio, utilizzo di bob o skeletons.

Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa

Ferme le altre condizioni di polizza e modificazioni della stessa, si concorda che il presente contratto di assicurazione **esclude danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:**

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;

10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;
12. esplosioni di armi da guerra;
13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

- I) per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare il governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e/o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscono individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;
- II) per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;
- III) per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;
- IV) per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Esclusi dalla presente copertura assicurativa s'intendono inoltre i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15).

Esclusione per contaminazione Nucleare

Questa Assicurazione esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
2. esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come l'emissione o esplosione si sia verificata;

ART. 15 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquideranno la somma assicurata per il caso di morte ai beneficiari designati, in difetto di designazione gli Assicuratori liquideranno la detta somma agli eredi.

ART. 15BIS- RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di infortunio indennizzabile a termini della presente polizza ed avvenuto all'estero, gli Assicuratori corrisponderanno, fino ad un massimo di EURO 2,500.00 per ogni assicurato, il rimborso delle spese sostenute, in caso di decesso, per il rimpatrio della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura in Italia. Gli Assicuratori effettueranno il rimborso agli aventi diritto, previa presentazione in originale dei giustificativi di spesa debitamente quietanziati.

ART. 16 - MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, gli Assicuratori liquideranno ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C..

Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, **sempreché sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato**, se entro sei mesi dalla data del sinistro il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, gli Assicuratori corrisponderanno l'indennità prevista per il caso di morte (art. 211 e 838 del Codice della Navigazione).

Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori hanno diritto all'immediata restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere gli eventuali diritti derivatigli dalla polizza.

ART. 17 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquidano a tale titolo un'indennità calcolata in percentuale della somma assicurata per invalidità permanente totale usando la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni e con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio (INAIL), ma fermo restando l'applicazione della franchigia richiamata nella Scheda di Polizza **e con l'intesa che l'indennizzo verrà effettuato in capitale e non sotto forma di rendita.**

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 sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato di esercitare qualsiasi attività generica lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

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

In caso di provato e constatato mancinismo le percentuali di invalidità permanente riferite all'arto destro si intendono riferite all'arto sinistro e viceversa.

Per le persone fino a 20 anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinano deturpazioni o sfregi permanenti, gli Assicuratori liquideranno una somma a titolo di ulteriore indennità per il rimborso delle spese documentate e sostenute per l'intervento cosmetico chirurgico riparatore fino ad un massimo di Euro 2.500,00.

ART. 17BIS – FRANCHIGIA PER INVALIDITA' PERMANENTE

Le somme assicurate per invalidità permanente da infortunio sono soggette ad una franchigia come di seguito riportato:

- franchigia del 3% per capitali fino alla concorrenza di € 300.000,00;
- franchigia 5% per capitali eccedenti € 300.000,00.

Qualora invece il grado di Invalidità Permanente accertato superi il 12% della totale verrà corrisposto il risarcimento integrale sempre in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

Qualora invece, in conseguenza di un infortunio, l'Assicurato riporti un grado di Invalidità Permanente di grado superiore al 50% la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente verrà liquidata al 100%.

ART. 18 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai beneficiari designati o, in difetto alle altre persone indicate nell'Art. 26 delle Condizioni Generali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non richiederanno il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente e Inabilità Temporanea è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente da un infortunio la cui indennità sia stata concordata o offerta in misura determinata, l'Assicuratore paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o perdita funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di liquidazione, di cui all'art. 17 delle Condizioni Generali, saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART. 20 - ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della definizione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, **a condizione che non siano sorte riserve o contestazioni sull'indennizzabilità o quantificazione del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno Euro 100.000,00.**

L'obbligo degli Assicuratori verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 21 - BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente/Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, semprechè ciò sia avvenuto in buona fede, non pregiudicheranno il diritto all'indennità, fermo restando il diritto degli Assicuratori, una volta venuti a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano state conosciute dagli Assicuratori o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

ART. 22 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

ART. 23 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V. o affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidi. L'assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura gli Assicuratori rimborseranno la proporzione di premio relativa al periodo di copertura non goduto.

ART. 24 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da un certificato medico, deve essere fatta per iscritto al Broker entro 5 (cinque) giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, questo ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve **ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.**

Il decorso delle lesioni subite **dovrà essere documentato da eventuale ulteriore certificazione medica successiva alla denuncia dell'evento fino alla guarigione clinica.**

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve **esserne dato immediato avviso agli Assicuratori.**

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto **devono acconsentire alla visita dei medici degli Assicuratori ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato – salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione - fatta eccezione per i medici designati dagli Assicuratori.

Se non vengono dolosamente adempiuti l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità. Se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, gli Assicuratori hanno il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 25 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ed ai sensi del precedente Art. 19 sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o sul grado di invalidità permanente, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad

un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico dovrà risiedere nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o al luogo di residenza del Broker che gestisce la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 26 - BENEFICIARI

Beneficiari in caso di morte ed in caso di invalidità permanente si intendono:

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata, a sua scelta, ai competenti uffici del Broker o degli Assicuratori;
- in caso di invalidità permanente gli Assicurati stessi, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dall'Assicurato che dal Contraente.

ART. 27 – RISCHIO VOLO (non valido per polizze di durata inferiore ad un anno)

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero (**ma non come pilota od altro membro dell'equipaggio**) su velivoli ed elicotteri:

- ❖ in servizio pubblico di linee aeree regolari;
- ❖ esercitati da società che effettuano voli charter o comunque di proprietà e gestiti da aziende commerciali;
- ❖ plurimotori (**escluse le trasvolate oceaniche**), esercitati da ditte private (**sempreché non di proprietà dell'Assicurato**).

In ogni caso gli Assicuratori non corrisponderanno un importo superiore ad **Euro 5,000,000.00** per il numero totale delle persone che viaggiano sullo stesso aereo al momento del sinistro. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano l'importo sopraindicato le indennità spettanti saranno adeguate, in caso di sinistro, con riduzione e imputazione proporzionale.

COPERTURE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nel Frontespizio)

Indennità giornaliera in caso di ricovero

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza:

L'Assicurato viene ricoverato in un Istituto di Cura, gli Assicuratori liquideranno un'indennità per ogni giorno di ricovero **con il limite giornaliero stabilito nel Frontespizio e per un periodo massimo di 180 giorni per evento - anche se non consecutivi - da quello del primo ricovero.**

Il giorno di dimissione non è indennizzabile. In detta limitazione giornaliera rientrano anche le somme eventualmente assicurate per lo stesso titolo con altre polizze infortuni che l'Assicurato ha in corso con gli Assicuratori. Pertanto, in caso di denuncia di sinistro, il Contraente dovrà comunicare l'esistenza di altre polizze infortuni delle quali sia beneficiario l'Assicurato e, nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedessero l'importo sopraindicato, l'indennità sarà adeguata con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Gli Assicuratori, a richiesta dell'Assicurato e su presentazione dei documenti giustificativi, corrispondono anticipi sull'indennità dovuta, da imputarsi nella liquidazione definitiva.

In caso di Day Hospital, gli Assicuratori liquidano una speciale indennità pari al 50% della indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in Istituto di Cura.

Indennità giornaliera in caso di ingessatura

Se in conseguenza di un infortunio risarcibile ed indennizzabile a termine di polizza:

Viene applicato mezzo di contenzione gessato o altro presidio terapeutico che comporti una immobilizzazione rigida, gli Assicuratori liquideranno un'indennità pari alla somma assicurata - **per un periodo massimo di 90 giorni** - fino alla rimozione di suddetti mezzi. **Detta indennità non si cumula con quella prevista dal precedente articolo "Indennità giornaliera in caso di ricovero" per il tempo di ricovero in istituto di cura e viene corrisposta a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'applicazione rigida con le medesime modalità di cui all'articolo "Indennità giornaliera in caso di ricovero" che precede.**

Indennità di Convalescenza Post Ricovero

In caso di ricovero per infortunio, indennizzabile ai sensi della presente polizza o in day-hospital in caso di intervento chirurgico (day surgery), seguita da convalescenza prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità pari a quella prevista per il ricovero per ogni giorno di convalescenza nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

L'indennità sarà così corrisposta fino ad un massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Non sarà tuttavia corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta l'indennità per gesso salvo il caso in cui l'importo dell'indennità di convalescenza sia superiore a quello dell'indennità da gesso: in questa eventualità sarà riconosciuta la sola indennità di convalescenza.

Ai fini del presente articolo, più ricoveri ospedalieri conseguenti allo stesso Infortunio vengono considerati come un unico ricovero ininterrotto.

Rimborso Spese mediche da infortunio

Gli Assicuratori rimborseranno agli Assicurati per i quali è prestata la garanzia, in caso di infortunio risarcibile ai termini della presente assicurazione, il costo delle spese mediche sostenute in Istituto di cura pubblico o privato (ma regolarmente riconosciuto) fino alla concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato in polizza.

Per spese mediche sostenute intendiamo:

- 1) onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti e di ogni altro soggetto che partecipi all'intervento;
- 2) l'uso della sala operatoria, del materiale di intervento (compreso il costo della prima protesi, ma escludendo le protesi dentarie), del materiale di cura e dei medicinali, degli accertamenti radiografici e radioscopici, degli esami ed analisi in genere e della terapia fisica;
- 3) rette di degenza in ospedali o cliniche;
- 4) le spese di trasporto, su ambulanze e /o mezzi speciali di soccorso, dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura o ambulatorio **entro il limite del 20% del massimale assicurato;**

inoltre,

- 5) **le spese, entro il limite del 20% del massimale assicurato**, sostenute dopo la cessazione del ricovero o rese necessarie dall'intervento chirurgico ambulatoriale, per esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e fisioterapiche effettuate nei trenta giorni successivi. **La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali delle spese sostenute per i titoli suindicati, dovrà essere presentata agli Assicuratori entro un mese dal termine della cura medica.** Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenere il rimborso, gli assicuratori effettueranno il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia ed in valuta Europea al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'ufficio Italiano Cambi.

Il rimborso sarà effettuato all'assicurato o, in caso di sua morte, ai suoi beneficiari.

Rimangono **espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica** salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente e come comunque riportato all'Art. 17 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Somma assicurata indicata nel Frontespizio rappresenta il massimo esborso, nel corso dell'anno, a cui la compagnia sarà tenuta qualsiasi sia il numero dei sinistri.

La garanzia è prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di 150 euro, per ogni singolo evento, importo che rimane quindi a carico dell'assicurato. Limitatamente alla presente condizione speciale non è operante l'Art. 11 (Rinuncia al diritto di rivalsa) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

TABELLA A

**VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE SECONDO I
CRITERI STABILITI PER LE ASSICURAZIONI SOCIALI CONTRO GLI INFORTUNI**

LEGGE INFORTUNI SUL LAVORO (T.U. 30 GIUGNO 1965 - N° 1124)

LESIONE	INDENNITA'	
	A destra	A sinistra
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (si veda la relativa tabella sul retro)		-----
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità		-----
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50%	40%

Anchilosi completa dell'articolazione scapolo omerale con
arto in posizione favorevole con normale mobilità della
scapola.

40% 30%

Perdita del braccio:

a) per disarticolazione scapolo omerale 85% 75%

b) per amputazione al terzo superiore 80% 70%

Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio 75% 65%

Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano 60%70%

Perdita di tutte le dita della mano 65% 55%

Perdita del pollice e del primo metacarpo 35% 30%

Perdita totale del pollice 28% 23%

Perdita totale dell'indice 15% 13%

Perdita totale del medio 12%

Perdita totale dell'anulare 8%

Perdita totale del mignolo 12%

LESIONE

INDENNITA'

A destra

A sinistra

Perdita della falange ungueale del pollice 15% 12%

Perdita della falange ungueale dell'indice 15% 12%

Perdita della falange ungueale del medio 5%

Perdita della falange ungueale dell'anulare 3%

Perdita della falange ungueale del mignolo 5%

Perdita delle due ultime falangi dell'indice 11% 9%

Perdita delle due ultime falangi del medio 8%

Perdita delle due ultime falangi dell'anulare 6%

Perdita delle due ultime falangi del mignolo 8%

Anchilosi totale dell'articolazione del gomito

con angolazione tra 110 gradi e 75 gradi:

a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%

Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in

flessione massima o quasi	55%	50%
---------------------------	-----	-----

Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in

estensione completa o quasi:

a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando 'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%

Anchoriosi completa dell'articolazione radiocarpica

in estensione rettilinea	18%	15%
--------------------------	-----	-----

Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti

di pronosupinazione:

a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%

Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione

e in posizione favorevole	45%
---------------------------	-----

Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-

femorale o amputazione alta, che non renda possibile

l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%
---	-----

Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%
--	-----

Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%
Perdita di una gamba al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si da luogo ad alcuna indennità, ma dove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%
Perdita totale della voce	35%

In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto superiore sinistro e quelle del sinistro al destro.

Nei casi di invalidità permanente non specificati in questa tabella l'indennità è stabilita con riguardo alle percentuali dei casi elencati, tenendo conto della diminuita capacità generica dell'Assicurato al lavoro.

ESTENSIONE ALLA COPERTURA PER INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
(valida solo se il capitale è espressamente indicato in polizza e se è stato compilato il questionario anamnestico, valutato e autorizzato dalla Società che costituisce parte integrante della presente polizza)

DEFINIZIONI SPECIFICHE DELL'ESTENSIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Cartella Clinica Documento redatto durante il Ricovero contenente generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Condizioni patologiche preesistenti Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente alla data di validità della presente Polizza di assicurazione.

Documentazione sanitaria Copia conforme della Cartella Clinica completa e sottoscritta dal Direttore Sanitario, della certificazione medica, delle radiografie e di ogni altro esame inerente la malattia denunciata.

Malattia Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Questionario Sanitario Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la podestà, prima di stipulare la Polizza, di cui fa parte integrante.

Art. I Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente che:

- sia conseguente a malattia insorta dopo il 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione ai sensi dell'art.10 ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE delle NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE
- si sia manifestata non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

Art. II Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre dal 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione ai sensi dell'art.10 ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE delle NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione/rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi assicurati, il termine di cui sopra opera soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori

somme previste dal nuovo contratto.

La presente disposizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. III Delimitazioni ed esclusioni

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

- Malattie o Condizioni patologiche preesistenti, nonchè le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciute alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- Malattie derivanti o comunque connesse a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- aborto volontario non terapeutico;
- liposuzione e prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica o ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio);
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche per curare malattie indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. IV Risoluzione dell'assicurazione

Qualora nel corso della durata del contratto l'Assicurato manifesti una delle seguenti affezioni:

- alcolismo;
 - tossicodipendenza;
- resta stabilito che l'assicurazione cessa automaticamente.

La Società rimborsa al Contraente la parte del Premio, al netto dell'imposta, relativo al periodo di rischio non corso.

Art. V Denuncia di Sinistro

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia che, secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; alla denuncia deve essere allegato un certificato medico contenente dettagliate informazioni sulla natura, data di insorgenza e decorso della malattia, nonchè sulle sue conseguenze presumibili o, eventualmente, già verificatesi. La denuncia deve essere effettuata entro 3 giorni dal rilascio del relativo certificato, e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.

Art. VI Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Su richiesta della Società in caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari.

L'Assicurato ha l'obbligo inoltre, in qualunque momento, di fornire ogni informazione e di produrre ogni Documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. VII Criteri di liquidazione

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato non prima che sia trascorso un anno dalla data di denuncia della Malattia.

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 25% dell'Invalidità Permanente totale.

Se l'Invalidità Permanente è di grado superiore al 25%, la Società liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata secondo le seguenti percentuali:

Percentuale di Invalidità Permanete accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
26	2
27	4
28	6
29	8
30	10
31	12
32	14
33	16
34	18
35	20
36	22
37	24
38	26
39	28
40	30

41	32
42	34
43	36
44	38
45	40
46	42
47	44
48	46
49	48
50	50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	74
59	77
60	80
61	83
62	86
63	89
64	92
65	95
66	100

Art. VIII Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. IX Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro, le parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere se e in quale misura sia dovuto l'Indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un collegio di tre

medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti

contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art.X Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili.

Art.XI Minorazioni preesistenti

Se la Malattia colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche o patologiche.

Art. XII – Limiti di età

La copertura assicurativa è prestata in favore di età non superiore ai 65 anni. Nel caso in cui l'assicurato superasse il limite di età in corso di contratto la polizza cessa automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al compimento del 65° anno di età.

CLAUSOLA INTERMEDIARIO

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto all'Intermediario Assicurativo indicato nel frontespizio di polizza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 209/05 e che, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Polizza saranno svolti dallo stesso per conto del Contraente.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il versamento verrà effettuato dal Contraente all'Intermediario, che provvederà al versamento alla Società con le modalità previste nella lettera di accordo fra la Società e l'Intermediario stesso.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni generali di assicurazione, ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, si intenderà come fatta dall'Assicurato.

Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato all'Intermediario si intenderà come fatta alla Società, purché non comportante variazioni nelle condizioni di polizza.

INFORTUNI GENERICA

	prodotto	cod.Interm.
--	----------	-------------

Contraente			
indirizzo		comune	
cap		provincia	
Part. IVA		Cod. Fisc.	

Assicurati			

Durata del contratto	dalle ore 24 del		alle ore 24 del
tacito rinnovo	frazionamento		prossima quietanza
	coassicurazione	NO	nostra quota
			100%

Coperture Assicurative - limiti di risarcimento, scoperti e franchigie come da condizioni allegate				
INFORTUNI	<i>Assicurato 1</i>	<i>Assicurato 2</i>	<i>Assicurato 3</i>	<i>Assicurato 4</i>
MORTE				
INVALIDITÀ PERMANENTE				
GARANZIA AGGIUNTIVA				
RIMBORSO SPESE DA INFORTUNIO				
INDENNITÀ RICOVERO				
INDENNITÀ DA GESSATURA				
INDENNITÀ DA POST RICOVERO				
INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA				
IPM				
Premio netto				

Beneficiario caso morte

Esclusioni

Premio da pagare

	premio netto	accessori	imponibile	imposte	premio lordo
rata alla firma in euro					
rate successive in euro					

Data di emissione, _____

Il sottoscritto Intermediario dichiara di ricevere l'importo di euro _____ per saldo della presente.

Data di incasso, _____ L'INTERMEDIARIO

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Ai sensi e agli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile il Contraente dichiara che:

1) non sono in corso altre polizze infortuni per gli stessi rischi, né ve ne sono state di annullate negli ultimi tre anni.

L'Assicurazione è regolata dalle condizioni di polizza "ArgoGlobal infortuni generica" che il Contraente dichiara di aver letto, accettato e ricevuto.

IL CONTRAENTE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare specificamente i seguenti articoli delle Condizioni di cui al modello "ArgoGlobal infortuni generica": Art.3 Persone non assicurabili e limiti d'età; Art.17 denuncia dell'infortunio; Art.18 facoltà di recesso; Art. 19 Controversie; Art.20 proroga dell'assicurazione.

Con riferimento alle condizioni della Sezione Invalidità Permanente da Malattia dichiara di approvare: Art.7 denuncia della malattia; Art.8 criteri di indennizzabilità; Art.9 procedura per la liquidazione dell'indennità.

La presente polizza è stata redatta in TRE originali ad un solo effetto ed è composta da 42 pagine oltre gli allegati che il Contraente dichiara di ricevere ed accettare.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

ArgoGlobal
Assicurazioni S.p.A.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il "Set Informativo", di cui al Regolamento IVASS n. 41 del 02 agosto 2018, composto da: documento informativo precontrattuale Danni (DIP Danni); dal documento informativo precontrattuale aggiuntivo Danni (DIP aggiuntivo Danni) e dalle Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario. Dichiara, altresì, di avere ricevuto l'informativa resa ai sensi del General Data Protection Regulation n. 679/2016 sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

IL CONTRAENTE

**INFORMATIVA SCRITTA PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA:
ART. 38 DEL PROVVEDIMENTO IVASS N.7/2013**

Gentile Cliente,

la informiamo che, **per i contratti stipulati dal 01 settembre 2013** per i quali vige l'obbligo di cui al Provvedimento IVASS n. 7/2013, potrà consultare la sua posizione assicurativa in essere con ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. (già Ariscom Compagnia di Assicurazioni S.p.A.), accedendo via web ad apposita "Area Riservata", come previsto dalla suddetta normativa. **Per i contratti già in essere**, per i quali vige lo stesso obbligo, potrà consultare la sua posizione assicurativa a partire **dal 30/06/2014**, accedendo via web ad apposita "Area Riservata"

Per poter accedere alle informazioni contenute nell'Area Riservata, occorre richiedere preventivamente le **credenziali personali di accesso** seguendo i seguenti passaggi:

1. Acceda al sito "www.argo-global.it,"
 2. Clicchi su "Enter"
 3. Clicchi su "Area Clienti – Area Riservata"
 4. Una volta visualizzato il box LOGIN, selezioni "Registrati ora" per accedere alla procedura di registrazione utenti
 5. Inserisca i dati che le vengono richiesti:
 - **codice fiscale o Partita Iva**
 - **numero di una polizza** che ha sottoscritto con ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. (già Ariscom Compagnia di Assicurazioni S.p.A.); deve essere inserito il numero di polizza completo di 10 caratteri, comprensivo quindi di tutti gli zeri iniziali; può trovare il numero di polizza sulla copia del contratto a sue mani, ricevuta all'atto della sottoscrizione, oppure può richiederlo all'intermediario presso il quale ha stipulato il contratto
 - **username**, ossia un nome a sua scelta, che la identificherà poi come utente del sistema e le verrà richiesto ad ogni accesso
 - un suo **indirizzo di posta elettronica** (presti molta attenzione all'inserimento di questa informazione perché a quell'indirizzo e-mail sarà inviata la password che poi le permetterà di accedere per la prima volta all'"Area Clienti");
 - **una domanda e una risposta a suo piacimento**, che le verranno riproposte nella procedura per ottenere nuovamente la password in caso di smarrimento della stessa
 - clicchi su "registrati"
 6. Acceda alla casella di posta elettronica precedentemente indicata, dove troverà la **comunicazione e-mail di conferma della registrazione**, con il riepilogo dei dati da lei precedentemente inseriti e con l'indicazione della **password** che il sistema automaticamente le ha assegnato; stampi la comunicazione e-mail oppure prenda nota e custodisca la password di accesso che le è stata comunicata via e-mail
 7. Entri nuovamente nell' Area Riservata del sito www.argo-global.it, clicchi su "Enter" e poi su "Area clienti – Area Riservata"
 8. Una volta visualizzato il box LOGIN, inserisca negli appositi campi le credenziali che il sistema automaticamente le ha assegnato, ovvero **username** e la **password**;
 9. Clicchi su "ACCEDI" per avere accesso immediato all'Area Riservata di consultazione della propria posizione assicurativa;
 10. Per ragioni di sicurezza, al primo accesso le verrà richiesto di **cambiare la password** originariamente assegnata con altra a sua scelta; dal secondo accesso in poi le sarà sufficiente inserire username e password (quella da lei scelta).
 11. Una volta entrato nell'Area Riservata, potrà prendere visione dell'"Elenco Polizze" che risultano in essere con ArgoGlobal Assicurazioni S.p.A. (già Ariscom Compagnia di Assicurazioni S.p.A.) al momento della consultazione; per accedere alle informazioni sul **singolo contratto**, ne selezioni il numero.
 12. Qualora non le sia pervenuta la comunicazione di conferma della registrazione o non ricordi più la password da Lei modificata al primo accesso o abbia smarrito la password, le segnaliamo che sul sito internet www.argo-global.it , sezione Area Clienti – Area Riservata, è attiva la funzione di "richiesta nuova password"; per attivare tale funzione, digiti il sito www.argo-global.it, clicchi su Enter, clicchi su "Area Clienti – Area Riservata", clicchi sul link "Clicca qui per riottenere la password" presente nel box "LOGIN" ed inserisca i dati richiesti. Le informazioni contenute nell'"Area Riservata" sono aggiornate e la relativa data di aggiornamento è riportata nell'area stessa.
- Il servizio è totalmente gratuito e l'accesso all'"Area Riservata" è possibile da qualsiasi postazione connessa ad internet, tramite le proprie credenziali di accesso ottenute seguendo le istruzioni sopra riportate. Per qualunque chiarimento, potrà contattare il Servizio di Assistenza che la Compagnia Le mette a disposizione al seguente numero verde: **800993888**

ArgoGlobal Assicurazioni S.P.A.

Nota informativa resa ai sensi del General Data Protection Regulation n. 679/2016 (GDPR)

Contraente	[REDACTED]		
residenza	[REDACTED]	comune	[REDACTED]
cap	[REDACTED]	provincia	[REDACTED]
Part. IVA	[REDACTED]	Cod. Fisc.	[REDACTED]

Informazioni personali

Nelle informazioni che trattiamo sono inclusi i dati anagrafici dei singoli assicurati/beneficiari come, ad esempio, il loro nome, indirizzo e possono includere dati particolari come informazioni relative alla salute e/o dati personali relativi a condanne penali e reati.

Tratteremo i dati dei singoli assicurati/beneficiari, nonché ogni altra informazione personale che ci fornisce in relazione alla copertura assicurativa, in conformità con la Nostra informativa sulla privacy, una copia della quale è disponibile sul sito internet www.argo-global.it nella sezione dedicata alla Privacy e/o su richiesta.

Informativa

Per consentirci di trattare i dati dei singoli assicurati in conformità con il Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), abbiamo la necessità di fornirLe, in qualità di interessato al trattamento (persona fisica identificata o identificabile a cui si riferiscono le informazioni trattate), le necessarie informazioni su come tratteremo i dati personali in relazione alla copertura assicurativa e su quali diritti sono loro riconosciuti dal quadro normativo vigente.

Lei si impegna, quindi, a prendere visione della Nostra informativa, allegata (Allegato 1) alla presente Nota oppure disponibile online all'indirizzo www.argo-global.it, prima della data in cui diventi un assicurato/beneficiario ad opera della polizza da Lei sottoscritta oppure, se precedente, entro la data in cui ci fornisce per la prima volta le necessarie informazioni riguardanti l'interessato.

Consenso

Ai sensi delle attuali norme sulla protezione dei dati (ovvero il GDPR), abbiamo bisogno che Lei, dopo aver reso l'informativa di cui al punto precedente, fornisca il consenso dei singoli assicurati/beneficiari per l'uso dei seguenti dati/categorie di dati, in relazione alla copertura assicurativa cui si fa riferimento:

- di tipo personale (ad esempio nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica);
- di tipo particolare, (idonei, ad esempio, a rivelare lo stato di salute dei singoli assicurati/beneficiari), ove indispensabili per fornirLe le prestazioni assicurative richieste mediante la sottoscrizione della Sua polizza.

Lei si impegna, quindi, fornire il consenso di ciascun assicurato/beneficiario all'uso dei suddetti dati/categorie di dati in relazione alla copertura assicurativa oggetto della polizza, prima della data in cui l'individuo diventi un assicurato/beneficiario ad opera della polizza da Lei sottoscritta oppure, se precedente, entro la data in cui ci fornisce per la prima volta le necessarie informazioni riguardanti l'interessato.

A tal fine dovrà stampare e utilizzare la Nostra Informativa con relativa formula del consenso, allegata (Allegato 1) alla presente Nota, oppure disponibile online all'indirizzo www.argo-global.it nell'apposita sezione.

In seguito alla presente Nota, ArgoGlobal presumerà che il consenso necessario al trattamento dei dati suindicati sia stato da Lei raccolto da ogni singolo assicurato/beneficiario, salvo Sua diversa indicazione. Se non ha ottenuto il consenso necessario da uno degli assicurati così come richiesto da noi e dal quadro normative vigente a tutela dei dati personali, oppure qualora l'assicurato abbia revocato il proprio consenso, questo avrà un impatto sulla nostra capacità di fornire la copertura assicurativa in relazione all'interessato medesimo - e potrebbe anche impedirci del tutto di fornire la copertura prevista in relazione alla polizza sottoscritta. In ogni caso, è necessario conservare la prova dell'avvenuta consegna dell'informativa e della raccolta del consenso richiesto e ottenuto, poiché ArgoGlobal si riserva di richiederLe tale prova in qualsiasi momento.

Minimizzazione e notifica

In linea con il rispetto dei diritti degli individui, ArgoGlobal si impegna ad utilizzare solo le informazioni personali di cui ha bisogno per fornirLe la copertura assicurativa. Per aiutarci a raggiungere questo obiettivo, dovrebbe fornirci solo le informazioni, relative ai singoli assicurati/beneficiari, richieste di volta in volta.

Inoltre, dovrà avvisarci immediatamente qualora un assicurato/beneficiario o, comunque, interessato al trattamento La contatta con riguardo al trattamento sui dati personali che viene operato da ArgoGlobal in relazione alla Sua copertura assicurativa in modo che la Compagnia possa occuparsi delle esigenze dell'interessato nel rispetto dei principi stabiliti dal GDPR e nei tempi in esso previsti.

Allegato 1: Informativa

Le informazioni per renderti consapevole del trattamento che opereremo (articoli 13 e 14 del GDPR)

Caro assicurato/beneficiario,

in relazione al trattamento dei Tuoi dati personali e personali sensibili (come definiti all'articolo 4, numeri 1) e 15), articoli 9 e 10, del Regolamento UE 2016/679, "Regolamento", effettuato da ArgoGlobal Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ("ArgoGlobal"), nel rispetto della normativa vigente, intendiamo fornirTi gli elementi di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679.

1. Finalità e modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati che Ti riguardano verrà operato allo scopo di fornirTi la copertura oggetto della polizza sottoscritta, adempiendo alle necessità connesse, siano esse:

- 1) amministrative;
- 2) contabili;
- 3) organizzative (ivi compreso il controllo di gestione e l'ottimizzazione dei processi);
- 4) di gestione sinistri;
- 5) per condurre attività anti-frode;
- 6) di gestione reclami;
- 7) ai fini della gestione e liquidazione di eventuali sinistri potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute).

I Tuoi dati verranno trattati principalmente con strumenti informatici e memorizzati su supporti informatici, cartacei e, all'occorrenza, su altri tipi di supporti (chiavi USB, Cloud, etc.), nel rispetto delle misure adeguate, adottate ai sensi dell'articolo 32 del Regolamento, già in essere o programmate, in ArgoGlobal.

2. Comunicazione dei dati a soggetti terzi, reperimento di informazioni e diffusione

I Suoi dati personali saranno altresì comunicati, in stretta relazione alle finalità sopra indicate, anche ai seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- provider informatico;
- società di Outsourcing sinistri;
- rete peritale o medica;
- accertatori antifrode;
- istituti di credito.

I soggetti terzi, appena elencati, coinvolti nei trattamenti operati per le finalità previste, oltreché destinatari di possibili comunicazioni, hanno facoltà di comunicare ad ArgoGlobal, informazioni relative all'interessato, sempre nel rispetto dei principi di finalità e di minimizzazione e, comunque, di quanto previsto agli articoli 5 e 25 del Regolamento UE 2016/679.

I Tuoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, fatto salvo il caso in cui ciò sia imposto da una norma o dall'Autorità giudiziaria.

3. Natura del trattamento

Il trattamento operato da ArgoGlobal è necessario al fine di ottemperare al rapporto contrattuale che si instaura con la sottoscrizione della Polizza. Negando (o revocando in un momento successivo) il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che La riguardano renderebbe impraticabile il perseguimento delle finalità elencate nella presente informativa, tuttavia non pregiudicherebbe la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Eventuali, ulteriori, trattamenti che richiedessero un consenso espresso e non rientrassero nelle esenzioni previste dal quadro normativo vigente, richiederebbero l'eventuale integrazione della presente informativa e una specifica raccolta di consenso.

4. Tempo di conservazione dei dati

Le comunichiamo che tutti i dati personali e gli altri costituenti il Suo stato di servizio saranno conservati anche dopo la cessazione del rapporto sottostante la polizza sottoscritta per un tempo pari a dieci anni dalla chiusura del più recente sinistro denunciato.

5. Diritto di accesso

Lei, in qualità di interessato, ha facoltà di esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 del Regolamento UE 2016/679.

In particolare, Lei ha il diritto di chiedere ad ArgoGlobal di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiedere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati.

Dopo averLe reso la presente informativa, Le verrà richiesto di accordare il consenso al trattamento dei dati sensibili che La riguardano, in qualsiasi momento Lei ha il diritto di revocare il consenso accordato, senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Lei ha, altresì, il diritto di proporre reclamo a un'Autorità di controllo.

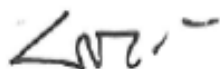
6. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento ai sensi degli articoli 4, numero 7), e 24 del Regolamento UE 2016/679, è ArgoGlobal Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede in via Guido d'Arezzo, 14, Roma. Oltreché presso la sede legale, il titolare può essere contattato inviando una email all'indirizzo di posta elettronica privacy@argo-global.it. La persona alla quale può rivolgersi per qualsiasi necessità in merito al trattamento dei Suoi dati è il Responsabile per la protezione dei dati (RPD), reperibile al suddetto indirizzo mail.

Roma, lì

ArgoGlobal Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Il Titolare del trattamento

Per ricevuta
L'Assicurato



Consenso

A seguito dell'informativa della quale ha preso visione, Le chiediamo, ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento UE 2016/679, di voler esprimere, con la consapevolezza delle conseguenze che comporta la mancata "concessione del consenso", il consenso per i trattamenti elencati nell'informativa, restando inteso che il presente consenso è raccolto solamente per le finalità di cui al paragrafo 1 ovvero per quei trattamenti per i quali non sussista una condizione di esenzione dalla richiesta dello stesso ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

<p>Presto il consenso al trattamento per le finalità di cui al § 1 (finalità del trattamento), numero 7). (apporre una croce nella casella prescelta) [L'Interessato o, comunque, il soggetto legittimato a prestare il consenso]</p>	<p><input type="checkbox"/> Accordo il consenso</p>	<p><input type="checkbox"/> Nego il consenso</p>
---	---	--