

Contraente/Assicurato: Consiglio Nazionale del Notariato
Domicilio: VIA FLAMINIA , 160 ROMA (RM) 00196
P. IVA / Codice Fiscale: /80052590587
Polizza N°: IAHE000207
Intermediario: AON S.P.A. MILANO
Codice Intermediario: 0270
CIG: 8232019CF8

ESTREMI DI COPERTURA

Decorrenza ore 24 del 01/06/2020
Scadenza ore 24 del 01/06/2025 (e' escluso il tacito rinnovo)
Frazionamento Annuale
1a Rata Fino a: 01/06/2021

COMPOSIZIONE DEL PREMIO

Rata alla firma al	01/06/2021	€ 11.779,64 Premio Netto	€ 0,00 Addizionali	€ 294,49 Imposta	€ 12.074,14 Premio Lordo
Rate future dal	01/06/2021	€ 11.779,64 Premio Netto	€ 0,00 Addizionali	€ 294,49 Imposta	€ 12.074,14 Premio Lordo

L'Assicurazione viene prestata alle Condizioni tutte previste dal capitolato speciale qui allegato che è parte integrante e sostanziale della polizza. Il contratto è costituito congiuntamente dal presente documento, dal Capitolato allegato e da eventuali altri allegati richiamati in polizza che devono essere tutti sottoscritti dalle Parti.

IL CONTRAENTE

AIG Europe S.A.
 Rappresentanza Generale per l'Italia
 Un Procuratore
 Massimiliano Benacquista

La rata di premio di € 12.074,14 è stata incassata il _____ in _____

DICHIARAZIONI

Il contratto è costituito dal presente foglio e da:
 Capitolato speciale allegato

IL CONTRAENTE

AIG Europe SA
 Rappresentanza Generale per l'Italia
 Un Procuratore
 Massimiliano Benacquista

POLIZZA INFORTUNI

DEFINIZIONI GENERALI COMUNI

Alle seguenti denominazioni le parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente	Il Consiglio Nazionale del Notariato.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Beneficiario	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso del beneficiario designato, fornendo una richiesta scritta di cambio al Contraente della polizza assicurativa o alla Società. In mancanza di quanto sopra i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi e testamentari.
Società	La Compagnia di Assicurazione AIG EUROPE S.A.
Intermediario	Raggruppamento temporaneo di imprese tra la società mandataria AON S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers e la società mandante Banchemo Costa Insurance Broker S.p.a.
Premio	La somma dovuta dal Contraente dell'assicurazione alla Società.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro/Danno	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista la garanzia assicurativa.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia	Parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo.
Infortunio	È considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.
Paese di residenza principale	Dove l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
Esteri	Mondo Intero, escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.
Scheda di copertura	Documento che forma parte integrante del Contratto, che riporta i capitali e le somme assicurate.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli art. 1892 – 1893 – 1894 C.C.

ART. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga il premio o la rata di premio successiva entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

ART. 3 - MODIFICHE ALL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche, proroghe, rinnovi e sostituzioni della presente assicurazione debbono essere provati per iscritto.

ART. 4 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio mediante lettera raccomandata.

Tuttavia, l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

ART. 5 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 6 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La Società rinuncia alla facoltà di recesso in caso di sinistro.

ART. 7 - PERIODO DI ASSICURAZIONE E DISDETTA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è fissata in anni 5, suddivisi in periodi di assicurazione di durata annuale, con effetto dalle ore 24 della data del 01.06.2020.

Al termine della seconda annualità di copertura, con effetto dalle ore 24 del 01.06.2022, il Contraente potrà recedere dal contratto tramite comunicazione scritta con data certa, da inviarsi almeno 180 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione. La stessa facoltà potrà essere esercitata, con le medesime modalità, per le annualità successive, ferma la scadenza del contratto alle ore 24 del 01.06.2025.

La Società potrà avvalersi della facoltà di recedere dal contratto, con le modalità sopra indicate, a partire dal termine della terza annualità di copertura, con effetto dalle ore 24 del 01.06.2023.

ART. 8 - ONERI FISCALI – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art.1891 Codice Civile.

ART. 9 - FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria competente nella Provincia nella quale l'Assicurato svolge l'attività prevalente al momento della denuncia del sinistro.

ART 10 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 11 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio per le prestazioni da essi effettuate in virtù del presente contratto.

ARTICOLO 12 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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.

ARTICOLO 13 - COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni dovranno avvenire tramite con lettera raccomandata o mediante telegramma, telefax o pec direttamente alla Società, al Broker o al Contraente.

ARTICOLO 14 - RIPARTO

La garanzia di cui alla presente polizza deve intendersi così ripartita:

- AIG EUROPE S.A	quota 100 %
------------------	-------------

Totale 100 %

Art. 15 - CLAUSOLA DI GESTIONE

Il CNN affida al Broker il servizio di assistenza, consulenza, intermediazione assicurativa, nonché tutte le facoltà e le prerogative di legge in termini di esercizio dei diritti assicurativi spettanti in forza del presente contratto. Conseguentemente, tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto saranno esercitati dal Broker con il consenso dell'Assicurato.

L'Assicurato corrisponderà direttamente il premio al Broker.

Tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, saranno svolti per conto dell'Assicurato dal Broker ed ogni comunicazione data o spedita dall'Assicurato al suddetto Broker e viceversa sarà considerata come eseguita nei confronti della Società e viceversa.

La Società dichiara di avere affidato la gestione amministrativa della presente Polizza - da intendersi per essa, l'emissione del contratto e il versamento del premio - al Broker.

Nel rispetto degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii, e all'articolo 65 del Regolamento IVASS n. 40/2018, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, inoltre, riconosce che il pagamento del premio al Broker è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

ART. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero, con l'intesa che le indennità liquidabili ai termini del contratto saranno corrisposte in Italia in Euro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 17 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli eventi di morte o invalidità permanente derivanti da infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività oggetto di copertura, secondo quanto specificato nella Scheda di Copertura, per ciascuna categoria di Assicurati. Sono Assicurati i soggetti indicati nella Scheda di Copertura, secondo le definizioni ivi riportate.

In particolare, la Scheda di Copertura indicherà, per ciascuna categoria di Assicurati, quale delle seguenti coperture sono oggetto di assicurazione:

- a) rischio professionale;
- b) rischio extraprofessionale.

Il c.d. rischio *in itinere* si intende compreso nelle attività professionali di cui al punto a) e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000 e ss.mmi.

ART. 18 - ESTENSIONI DELLA NOZIONE DI INFORTUNIO

Sono considerati infortuni ai sensi della presente polizza:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento o il congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche;
- 5) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- 6) le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che:
 - a) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di indennità permanente non superiore al 10% (dieci per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
 - b) qualora sorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al Collegio Medico di cui all'Articolo 35 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- 7) le punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
- 8) il contatto accidentale con corrosivi.

Sono compresi in garanzia anche:

- 9) gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo terrestre o natante a motore a condizione che l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato in conformità alle disposizioni di legge in vigore. Nel caso il documento comprovante l'abilitazione sia scaduto da meno di tre mesi alla data dell'infortunio e sia stato rinnovato entro 30 giorni da tale data la copertura si intende comunque operante. L'estensione è inoltre valida solo se l'Assicurato, quando alla guida del veicolo, non presenti un tasso alcolemico uguale o superiore a 1g/litro, ovvero non si trovi in uno stato di abuso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 10) gli infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza;
- 11) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 12) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;

13) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile ai sensi di polizza.

ART. 19 - ATTIVITÀ TEMERARIE

L'assicurazione infortuni è estesa alle seguenti attività per il caso morte e invalidità permanente:

- a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
- b) speleologia effettuata in solitario;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità.

L'estensione si intende operante con un capitale pari al 50% di quello previsto per le attività di cui alla lettera b) dell'Art. 17 con il massimo di Euro 100.000,00, salvo che per gli assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione la sottolimitazione.

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

La clausola si intende operante solo nei riguardi degli Assicurati per le attività extraprofessionali.

ART. 20 - RISCHIO VOLO – VIAGGI AEREI

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre effettua in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) viaggi aerei su aeromobili (compresi gli elicotteri). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

In caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- **Euro 15.000.000,00** qualora gli Assicurati viaggino a bordo di **aeromobili di linea** certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati. Sono compresi i voli c.d. charter effettuati con aeromobili che effettuino anche servizio di linea.
- **Euro 5.000.000,00** qualora gli Assicurati viaggino a bordo di **aeromobili NON di linea**.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti gli Assicurati dalla presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente – o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza – con la Società per il rischio infortuni.

Resta convenuto che Euro 15.000.000,00 rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile per sinistro dalla Società per gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

ART. 21 - RISCHIO GUERRA

Con riferimento a tutti gli Assicurati ai sensi della presente Polizza, l'Assicurazione si applica agli infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza di atti di guerra al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino o del Paese di Residenza Principale dell'Assicurato.

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

ART. 22 - RISCHI SPORTIVI

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, l'Assicurazione vale anche per gli infortuni occorsi all'Assicurato durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo. Non rientrano in tale definizione le attività sportive dove l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese, e quelle rientranti tra le attività temerarie di cui all'articolo 19.

In caso di morte o di invalidità permanente causata da un infortunio occorso durante la pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo, si applica un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di Euro 100.000,00.

La clausola si intende operante solo nei riguardi degli Assicurati per le attività extraprofessionali.

ART. 23 - GUIDA DI MEZZI SPECIALI

In caso di Assicurazione delle attività extraprofessionali, l'Assicurazione, per il caso morte e invalidità permanente, vale anche per gli infortuni occorsi all'Assicurato se alla guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea, con l'applicazione di un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di Euro 100.000,00.

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

La clausola si intende operante solo nei riguardi degli Assicurati per le attività extraprofessionali.

ART. 24 - LIMITE DI RISARCIMENTO

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

Euro 25.000.000,00, fatto salvo quanto previsto in relazione al Rischio Volo.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti gli Assicurati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente - o per il suo tramite in qualità di Associato ad una Cassa di Assistenza - con la Società per il rischio infortuni.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

ART. 25 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai **85 anni**, mentre per quelle già assicurate cessa alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'ottantacinquesimo anno, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti al Contraente.

ART. 26 - CONDIZIONI DI SALUTE

Si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

A maggior precisazione si dà atto che sono assicurabili contro gli infortuni anche le persone affette da diabete e da infermità gravi e permanenti, fermo restando che sono escluse dall'assicurazione le rispettive conseguenze.

ART. 27 - INDENNIZZO PER MORTE

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno dalla scomparsa, l'arenamento, l'affondamento od il naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e privato, non escluso dalle condizioni di polizza, verrà riconosciuto il risarcimento previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

ART. 28 - INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno dal quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo l'indennità, calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

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

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

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

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

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

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

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

ART. 29 - INDENNIZZO SPECIALE PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO – SUPERVALUTAZIONE IP

In caso di perdita totale a seguito di infortunio della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124, e successive modifiche, con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50% la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

ART. 30 - ANTICIPO INDENNIZZO SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Trascorsi 60 giorni dal termine delle cure mediche relative ad un infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo alla Società pari al 50% del presunto ammontare indennizzabile per invalidità permanente con il massimo di Euro 100.000,00, da congruarsi successivamente in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

L'anticipo verrà liquidato entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato, a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di invalidità permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20%.

ART. 31 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla direzione della Società o al Broker entro 15 giorni dall'infortunio e dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società.

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

ART. 32 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

ART. 33 - CUMULO DI INDENNIZZI CASO MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto.

ART. 34 - CUMULO DI INDENNIZZI RISCHIO PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE

Le somme assicurate con la presente Polizza, in relazione alle coperture aventi ad oggetto attività professionali o extraprofessionali, non sono cumulabili con quelle di altre polizze stipulate con la Società per gli stessi Assicurati tramite il Contraente, per lo stesso rischio assicurato dalla presente polizza. In questo caso il sinistro sarà liquidato sulla polizza più favorevole all'Assicurato.

ART. 35 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DELLE LESIONI

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sui gradi di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa.

La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro 30 giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto, con l'indicazione del nome del medico designato; la Società quindi comunicherà all'Assicurato, entro 30 giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo il terzo medico verrà designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

ART. 36 - VARIAZIONE NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Nei casi di variazione dell'Ente, il contratto continua con il Contraente nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi, alla Società.

ART. 37 - MALATTIE TROPICALI

L'assicurazione si intende estesa alle malattie Tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 500.000,00 per Morte e Euro 500.000,00 per Invalidità Permanente.

Con riferimento alla presente garanzia la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

ART. 38 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati il costo delle cure mediche fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo di **Euro 7.000,00**.

Per cure mediche si intendono:

- a) spese ospedaliere o cliniche;
- b) onorari di medici e chirurghi;
- c) spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio;

- d) spese fisioterapeutiche in genere, spese farmaceutiche e spese per l'assistenza domiciliare, da parte di personale sanitario qualificato, purché prescritte dal medico curante;
- e) spese per la prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per le operazioni di plastica, salvo quelle necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

ART. 39 - DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, la Società rimborserà fino ad un massimo di Euro 5.000,00 le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

ART. 40 - CLAUSOLA DIRIGENTI

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

- a) la garanzia si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute per l'industria esercita dal Contraente dal D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto. A tale riguardo il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie;
- b) in caso di invalidità permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di invalidità permanente assoluta e che la liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) qualora in conseguenza di infortunio o di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

ART. 41 - ACCERTAMENTO INVALIDITÀ PERMANENTI GRAVI DEI DIRIGENTI

In caso di infortunio che dopo 3 mesi dall'evento conduca alla diagnosi di perdita totale temporanea o permanente:

- della vista;
- o della voce;
- o dell'udito;
- o dell'uso di entrambi gli arti inferiori;
- o dell'uso di entrambi gli arti superiori;

l'Assicurato potrà decidere entro 6 mesi dalla data dell'infortunio, e comunque prima di essere visitato dal medico della Società, se richiedere l'accertamento dei postumi invalidanti alla Società o, in alternativa, richiedere alla Società di conformarsi a quanto stabilito in fase di giudizio sullo stato di invalidità del Dirigente:

1. dall'INPS, all'atto del riconoscimento della pensione di inabilità ovvero del primo riconoscimento dell'assegno di invalidità;
2. dall'INAIL, in caso di invalidità di origine professionale e sempreché non ricopra l'ipotesi precedente;
3. da altro ENTE PREVIDENZIALE di categoria in ogni altro caso.

Una volta comunicata la propria scelta alla Società, entrambe le Parti saranno vincolate alla decisione finale dell'Ente Accertatore (INPS, INAIL o altro ENTE PREVIDENZIALE), se diverso dalla Società.

Nel caso in cui trascorrono 6 mesi dall'infortunio senza che venga comunicata la scelta dell'Ente Accertatore, l'accertamento verrà eseguito dalla Società nei modi previsti dal presente contratto di assicurazione.

ART. 42 - CRITICAL ILLNESS

A - Oggetto dell'assicurazione

Unicamente nei confronti degli appartenenti alla categoria DIRIGENTI l'assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito elencate nelle modalità previste successivamente previste.

La Società liquiderà un importo forfettario pari a **Euro 5.000,00** in seguito alla prima diagnosi di una affezione critica.

L'indennizzo è erogabile una (1) sola volta durante la vigenza della polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.

Sono garantite con il presente contratto le seguenti affezioni critiche:

1. Tumori principali - come da definizione di cui alla lettera F
2. Attacco cardiaco – come da definizione come da definizione di cui alla lettera F
3. Ictus – come da definizione come da definizione di cui alla lettera F

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di novanta (90) giorni e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno quindici (15) giorni dalla data della diagnosi.

B - Esclusioni

La presente assicurazione non si applica a un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi condizione preesistente;
- dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

C - Limiti di età

La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente.

D - Termini e modalità di denuncia sinistro

La comunicazione scritta di richiesta di risarcimento deve essere data alla Società entro sessanta (60) giorni dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata di cui la presente polizza fornisca la definizione.

La prova dell'insorgenza di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere sostenuta dalla compresenza dei seguenti elementi:

- (a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione;
- (b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, adiologiche, istologiche e di laboratorio.

I termini medici utilizzati nella presente polizza, salvo quanto diversamente specificato, hanno i significati tecnici ad essi comunemente attribuiti ed utilizzati dai medici specialisti nella pertinente branca medica.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita della persona assicurata ed entro i sei (6) mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

E - Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni

Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.

F – Definizioni

Per “**diagnosi**” si intende la diagnosi conclusiva posta da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione di polizza riferita alla specifica affezione in questione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio ritenute accettabili dalla Società. Tale diagnosi deve essere sostenuta dal responsabile sanitario della Società, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dalla persona assicurata e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere.

In caso di divergenza o disaccordo riguardo all'adeguatezza o alla correttezza della diagnosi si farà ricorso a quanto previsto dall'articolo 35 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per “**condizione preesistente**” si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona normalmente cauta a richiedere una diagnosi, un'assistenza o un trattamento.

Per “**medico specialista abilitato**” si intende qualsiasi persona abilitata ad esercitare la professione medica in Italia con una specializzazione riguardante l'affezione critica oggetto di garanzia.

Per “**periodo di carenza**” si intende il periodo per il quale la Società non è tenuta a corrispondere alcuno degli indennizzi previsti dalla presente polizza per qualsiasi malattia o patologia laddove la diagnosi sia posta entro i novanta (90) giorni successivi alla data di effetto della polizza o laddove i segni o sintomi della condizione in relazione alla quale viene avanzata una richiesta di risarcimento siano iniziati entro i novanta (90) giorni successivi alla data di effetto della polizza.

Per “**carcinoma femminile**” si intende un tumore maligno primario invasivo istologicamente confermato a carico del seno, della cervice uterina, dell'utero, della tuba di Falloppio, dell'ovaio o della vagina/vulva.

Per “**carcinoma femminile in situ**” si intende una nuova crescita autonoma localizzata di cellule carcinomatose che non abbia ancora determinato l'invasione dei tessuti normali. Per ‘invasione’ si intende l'infiltrazione e/o la distruzione attiva del tessuto o del tessuto adiacente. La patologia del carcinoma femminile in situ per la quale la presente polizza offre una copertura è limitata ESCLUSIVAMENTE a seno, cervice uterina, utero, ovaio, tuba di Falloppio e vagina/vulva. La diagnosi di carcinoma femminile in situ deve sempre essere posta in maniera certa sulla

base di un esame microscopico di tessuto fissato, mentre nel caso della cervice uterina deve essere ulteriormente sostenuta da una biopsia anulare. L'esito del Pap Test è considerato una diagnosi preliminare e deve essere confermato da un risultato biotico affinché la richiesta di risarcimento possa essere presa in considerazione. La diagnosi clinica non soddisfa il suddetto requisito.

Per **“tumore principale”** si intende un tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dalla diffusione incontrollate di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Tale diagnosi deve essere sostenuta da evidenze istologiche di malignità e confermata da un oncologo o patologo.

Sono esclusi:

- tumori che mostrino le alterazioni maligne del carcinoma in situ e tumori istologicamente descritti come premaligni o non invasivi, inclusi a titolo esemplificativo e non limitativo: carcinoma mammario in situ, displasia cervicale CIN-1, CIN-2 e CIN-3;
- ipercheratosi, carcinoma basocellulare e spinocellulare, melanomi e altri tumori della pelle;
- tumori della prostata, microcarcinoma papillare T1N0M0 della tiroide, microcarcinoma papillare della vescica e leucemia linfocitica cronica;
- ogni tipo di tumore in presenza di infezione da HIV;
- carcinoma femminile e carcinoma femminile in situ.

Per **“attacco cardiaco”** si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco derivante da inadeguato afflusso di sangue al distretto pertinente comprovata da adeguata documentazione medica.

Per **“ictus”** si intende un episodio cerebrovascolare, ovvero infarto del tessuto cerebrale, emorragia cerebrale e subaracnoidea, embolia cerebrale e trombosi cerebrale comprovato da adeguata documentazione medica.

Sono esclusi:

- gli attacchi ischemici transitori;
- danno cerebrale dovuto a infortunio o lesione, infezione, vasculite e patologia infiammatoria;
- patologia vascolare dell'occhio o del nervo ottico;
- disturbi ischemici dell'apparato vestibolare.

ART. 43 - ASSICURAZIONE IN BASE ALL'AMMONTARE DELLE RETRIBUZIONI ANNUE

Con riferimento alle Categorie per le quali l'assicurazione è prestata sull'ammontare delle Retribuzioni Annue, si applica quanto segue:

- 1) Agli effetti assicurativi, per “retribuzione annua” si intende quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, purché risulti registrato nei libri del Contraente secondo quanto prescritto ai sensi di Legge.
- 2) Per la liquidazione delle indennità è considerata “retribuzione annua” dell'infortunato quella come sopra percepita nei 12 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio; nel caso in cui l'infortunato non abbia raggiunto l'anno di servizio, è considerata “retribuzione annua” quella ottenuta moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.
- 3) Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento delle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di premio viene pattuito nella cifra specificata nel conteggio di liquidazione per ogni mille euro di retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto 1). Al premio risultante saranno applicate gli sconti e le maggiorazioni

eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

ART. 44 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio convenuto in parte in base ad elementi di rischio variabili viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dall'applicazione del tasso convenuto all'ammontare dei preventivi comunicati dal Contraente ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo, entro 180 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società stessa l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate/ rimborsate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi.

SCHEDA DI COPERTURA

CATEGORIA

1) DIRIGENTI

Rischio Assicurato: Professionale ed extra professionale

Capitali Assicurati:

In caso di Morte da Infortunio

Per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua lorda

Con il massimo assicurato di Euro 1.660.000,00

In caso di Invalidità Permanente

Per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua lorda

Con il massimo assicurato di Euro 2.000.000,00

Franchigia Nessuna

Retrobuzioni Euro 250.000,00

Saggio lordo Euro 4,36

Premio lordo Euro 1.090,00

2) DIPENDENTI

Rischio Assicurato: Professionale ed extra professionale

Capitali Assicurati:

In caso di Morte da Infortunio

Per una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua lorda

Con il massimo assicurato di Euro 900.000,00

In caso di Invalidità Permanente

Per una somma corrispondente a 6 volte la retribuzione annua lorda

Con il massimo assicurato di Euro 1.100.000,00

Franchigia Nessuna fino a € 160.000,00; 5% da € 160.000,00 a € 260.000,00; 10% oltre € 260.000,00. Relativa al 10%

Retrobuzioni Euro 1.500.000,00

Saggio lordo Euro 4,36

Premio lordo Euro 6.540,00

3) CONSIGLIERI E REVISORI

Rischio Assicurato: Professionale compreso rischio in itinere

Capitali Assicurati pro-capite

In caso di Morte da Infortunio
Per una somma corrispondente a Euro 550.000,00

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio – Nessuna applicazione di franchigia
Per una somma corrispondente a Euro 550.000,00

Franchigia Nessuna

N. Assicurati	23
Premio pro capite	Euro 125,18
Premio lordo	Euro 2.879,14

4) NOTAI E MEMBRI ESTERNI DELLE COMMISSIONI

Rischio Assicurato: Professionale compreso rischio in itinere

A parziale deroga dell'art. 25 "Limite di età" la presente assicurazione è valida per tutti i Notai nominati nelle Commissioni.

Capitali Assicurati pro-capite

In caso di Morte da Infortunio
Per una somma corrispondente a Euro 550.000,00

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio – Nessuna applicazione di franchigia
Per una somma corrispondente a Euro 550.000,00

Franchigia Nessuna

N. giornate/presenze/gettoni	500
Premio giornata	Euro 3,13
Premio lordo	Euro 1.565,00

AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Un Procuratore
Massimiliano Benacquista