

TUA PROFESSIONE AVVOCATI

AVVERTENZA

Ai sensi dell'Articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 9/2005) e dalle Linee Guida del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente POLIZZA sono evidenziate in "grassetto".

Le presenti Condizioni di Assicurazione MOD. TUA PROPIA 2 ED. 03/2024, comprensive di glossario, sono parte integrante del Set In-formativo unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni MOD. PROPIA DIP ED. 05/2023;
- DIP aggiuntivo MOD. PROPIA DIP+ ED. 03/2024.

Data di aggiornamento: 01/03/2024

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie per le quali è stata indicata la partita assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

DEFINIZIONI

I termini riportati in lettere maiuscole nella POLIZZA o nella SCHEDE DI POLIZZA allegata hanno il significato a loro attribuito di seguito:

LE PARTI

CONTRAENTE:	la persona fisica, l'associazione professionale, lo studio associato o la società indicata nella SCHEDE DI POLIZZA, residente o con sede legale in Italia, che stipula l'assicurazione per conto proprio e/o per conto dell'ASSICURATO.
ASSICURATO:	il CONTRAENTE indicato nella SCHEDE DI POLIZZA, i suoi COLLABORATORI e i praticanti abilitati iscritti al Registro dei Praticanti con patrocinio presso l'Ordine di competenza. In caso di associazione professionale o di studio associato o di società, per ASSICURATI si intendono anche i partner, i professionisti associati e tutti i soci, nella loro qualità di avvocato, passati, presenti e futuri, purché iscritti all'Albo presso l'Ordine di competenza ed esclusivamente per l'attività svolta per conto e nel nome dell'associazione professionale o dello studio associato o della società.
ASSICURATORI:	L'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. – sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano (Italia).

ALTRE DEFINIZIONI UTILI

ATTI TERRORISTICI:	atti di forza e/o violenza: <ol style="list-style-type: none"> i. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/o ii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/o iii. messi in atto a scopo di incutere paura alla popolazione o a parte di essa tramite persone che agiscono da sole o in nome e per conto o in collegamento a qualsiasi organizzazione.
CASO ASSICURATIVO	il sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.
CIRCOSTANZA:	<ol style="list-style-type: none"> i. qualsiasi rilievo o contestazione diretti, scritti, espressi, riguardanti la condotta dell'ASSICURATO, da cui possa trarre origine una RICHIESTA DI RISARCIMENTO; ii. qualsiasi atto o fatto di cui l'ASSICURATO sia a conoscenza e che potrebbe dare luogo ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO nei suoi

confronti.

COLLABORATORE:	qualsiasi persona fisica che opera, ha operato od opererà per conto dell'ASSICURATO, ivi incluso il dipendente, praticante non abilitato, apprendista, stagista, sostituto processuale, tirocinante nello svolgimento dell'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA e di cui l'ASSICURATO stesso debba rispondere.
COSTI E SPESE:	tutti i costi e le spese necessarie, sostenute da o in nome e per conto dell'ASSICURATO derivanti dall'investigazione, dalla difesa, dalla gestione e/o dalla transazione di una RICHIESTA DI RISARCIMENTO con il consenso scritto degli ASSICURATORI. COSTI e SPESE non comprendono emolumenti o salari, provvigioni, spese o altri vantaggi ed indennità dell'ASSICURATO e/o dei suoi COLLABORATORI.
DAY HOSPITAL:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
DANNI:	qualsiasi danno patrimoniale, non patrimoniale, indiretto, permanente, temporaneo, futuro subito da TERZI e riconducibile ad un ERRORE dell'ASSICURATO.
DANNI CORPORALI:	qualsiasi lesione personale, morte, infermità di persone.
DANNI MATERIALI:	il pregiudizio economico conseguente a distruzione, perdita o deterioramento di cose (sia oggetti materiali, sia animali).
DOCUMENTI:	qualsiasi atto, testamento, contratto, planimetria, mappa, evidenza contabile, libro contabile, lettera, certificato, supporto dati per elaboratori elettronici, modulo e documento e quant'altro di simile scritto a mano o stampato o riprodotto in qualsivoglia forma, ricevuti dall'ASSICURATO in deposito dai clienti o dalle controparti processuali di questi ultimi.
ERRORE:	qualsiasi atto colposo, azione od omissione posta in essere con negligenza, imperizia e imprudenza dall'ASSICURATO con colpa anche grave e inerente all'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.
FATTURATO:	il volume d'affari rilevabile dall'ultimo Modello Unico o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA, presentati presso i competenti uffici dell'Agenzia delle Entrate. Per le società con esercizio fiscale diverso dall'anno solare il dato è rilevabile dall'ultima Dichiarazione IVA o, qualora disponibile, dall'ultima Comunicazione Dati IVA. Per tutti i soggetti che non siano tenuti alla presentazione della Dichiarazione IVA, sia in forma unificata (quadro IVA nel Modello UNICO) che separata (Dichiarazione IVA), per FATTURATO si intende il totale dei compensi o il totale dei ricavi desumibili dalla dichiarazione dei redditi. Il FATTURATO si intende al netto di IVA.
INABILITA' TEMPORANEA:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
INDENNIZZO:	la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della presente POLIZZA.
INFORTUNIO:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERMEDIARIO:	il soggetto indicato nella SCHEDA DI POLIZZA autorizzato ad esercitare l'attività di intermediazione assicurativa in base alle leggi ed ai regolamenti applicabili.
LIMITE DI INDENNIZZO:	l'importo che rappresenta l'obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE compresa l'eventuale POSTUMA. Tale importo è specificatamente indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.
MALATTIA:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
MALATTIA IMPROVVISA:	malattia di acuta manifestazione che non sia manifestazione, seppure improvvisa, di malattia insorta nota all'assicurato salvo che, benché nota, non abbia necessitato, nei 12 mesi antecedenti la manifestazione improvvisa, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri, trattamenti terapeutici o sanitari in genere.
MANIFESTAZIONE:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
MASSIMALE:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
PARTITA:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
PERDITA:	<ul style="list-style-type: none"> i. l'obbligo di risarcimento dei DANNI derivante da sentenze di condanna passate in giudicato, lodi arbitrati e/o transazioni autorizzate dagli ASSICURATORI, fermo restando che gli ASSICURATORI si impegnano a svolgere, finché ne hanno interesse, tutte le necessarie e opportune attività e valutazioni per determinare ed eventualmente liquidare la PERDITA prima della conclusione definitiva dei giudizi o dei procedimenti arbitrali promossi nei confronti degli ASSICURATI; ii. i costi e le spese sostenuti da un TERZO che l'ASSICURATO sia tenuto a rimborsare per effetto di un provvedimento giudiziale, di un lodo arbitrale e/o di una transazione; iii. i costi e spese
PERIODO DI ASSICURAZIONE:	il periodo di efficacia della POLIZZA indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione.
POSTUMA:	il periodo di tempo immediatamente successivo alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE entro il quale l'ASSICURATO può notificare agli ASSICURATORI RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZE manifestatesi per la prima volta dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e riferite ad un ERRORE commesso o che si presuma sia stato commesso durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e nel periodo di RETROATTIVITÀ.
PREMIO:	la somma dovuta dal CONTRAENTE agli ASSICURATORI ai fini della garanzia assicurativa.
RETROATTIVITÀ:	il periodo di tempo compreso tra la data indicata nella SCHEDA DI POLIZZA alla voce RETROATTIVITÀ e la data di decorrenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

Rientrano nell'ambito di applicazione della POLIZZA le sole RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a fatti o CIRCOSTANZE denunciati per la prima volta dall'ASSICURATO durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE

o la **POSTUMA** in conseguenza di **ERRORI commessi o che si presuma siano stati commessi entro detto periodo di RETROATTIVITÀ**.

I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nella SCHEDA DI POLIZZA non s'intendono in alcun modo incrementati per effetto della RETROATTIVITÀ.



Come funziona la retroattività?

- In caso di **retroattività illimitata**, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di errori professionali commessi in qualsiasi momento anche prima della decorrenza del contratto, purché non noti a tale data.
- In caso di **retroattività limitata**, ad esempio 2 anni, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato dalle conseguenze di errori professionali commessi fino a 2 anni prima la decorrenza del contratto. Errori professionali commessi in data antecedente, ad esempio 3 anni prima la decorrenza del contratto, non rientrano in copertura.
- In caso di **retroattività pari alla data di decorrenza del contratto**, l'assicuratore tiene indenne l'assicurato esclusivamente dalle conseguenze di errori professionali commessi durante il periodo di assicurazione; pertanto le conseguenze di qualsiasi errore professionale commesso prima della data di decorrenza contrattuale non rientrano in copertura.

**RICHIESTA DI
RISARCIMENTO:**

- qualsiasi citazione in giudizio od altre domande giudiziarie dirette o riconvenzionali da parte di TERZI nei confronti dell'ASSICURATO volta ad accertare i danni subiti a causa di un ERRORE dell'ASSICURATO;
- qualsiasi contestazione scritta di terzi inviata all'ASSICURATO che presupponga un ERRORE.

Più RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite o riconducibili al medesimo ERRORE, anche se costituissero **PERDITE** a più soggetti reclamanti, **sono considerate un'unica RICHIESTA DI RISARCIMENTO** soggetta ad:

- un unico **LIMITE DI INDENNIZZO**;
- un'unica **SCOPERTO O FRANCHIGIA**.

RICOVERO:

la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

RISCHIO IN ITINERE:

infortunio verificatosi percorrendo il tragitto più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa, nel tempo strettamente necessario per percorrerlo.

SCHEDA DI POLIZZA:

il documento che riporta i dati e le informazioni relative all'attività professionale dell'ASSICURATO, il PERIODO DI ASSICURAZIONE, il LIMITE DI INDENNIZZO, il PREMIO ed eventuali dettagli delle garanzie prestate dalla POLIZZA.

La SCHEDA DI POLIZZA forma parte integrante della POLIZZA.

In caso di contrasto, le informazioni contenute nella SCHEDA DI POLIZZA prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

SCOPERTO O FRANCHIGIA:

l'importo percentuale o fisso per ciascuna PERDITA, indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, e/o nelle condizioni di POLIZZA, **che rimane a carico dell'ASSICURATO e che non può essere a sua volta assicurato da altri**. Pertanto per ogni PERDITA indennizzabile dalla POLIZZA gli ASSICURATORI pagano soltanto le somme eccedenti tale importo.



Come si applicano gli scoperti e le franchigie in caso di indennizzo?

Garanzia soggetta a franchigia:

- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 150.000
- franchigia: € 2.500
- indennizzo: € 147.500

Garanzia soggetta a scoperto:

- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 150.000
- scoperto: 10% con minimo € 500, massimo € 5.000
- il 10% della perdita: € 15.000, applicazione dello scoperto massimo
- indennizzo: € 145.000

Franchigia o scoperto in caso di perdita superiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 600.000
- franchigia: € 2.500 o in alternativa scoperto: 10% con minimo € 500, massimo € 5.000
- indennizzo: € 500.000

SFORZO:

atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.

SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA:

impossibilità per l'assicurato, a seguito di infortunio, di esercitare, in tutto o in parte, la sua attività professionale, certificabile da medico specialista o da certificato di pronto soccorso.

SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO:

l'importo che rappresenta l'**obbligazione massima degli ASSICURATORI per ciascuna PERDITA ed in aggregato per ciascun PERIODO DI ASSICURAZIONE, relativo a garanzie specifiche incluse in POLIZZA. Il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO non è da intendersi in aggiunta al LIMITE DI INDENNIZZO ma è una parte di esso e resta inteso che gli ASSICURATORI, in nessun caso sono obbligati a risarcire PERDITE dopo l'esaurimento del LIMITE DI INDENNIZZO.**



Come si applica il sottolimito di indennizzo?

Garanzia soggetta a sottolimito inferiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 500.000
- sottolimito di indennizzo: € 150.000
- ammontare della perdita: € 170.000
- indennizzo: € 150.000

Garanzia soggetta a sottolimito superiore al limite di indennizzo:

- limite di indennizzo: € 250.000
- sottolimito di indennizzo: € 500.000
- ammontare della perdita: € 300.000
- indennizzo: € 250.000

SPESE GENERALI FISSE:

le spese documentate, fisse ed insopprimibili, sostenute dall'assicurato per

l'esercizio della sua professione indicata in polizza, risultanti dal bilancio del medesimo e, più precisamente:

- le spese per servizi generali di fornitura al servizio dei locali adibiti a studio professionale quale: acqua, gas, elettricità, riscaldamento, telefono, spese condominiali;
 - i salari (al lordo delle imposte di legge) dei dipendenti dell'Assicurato;
 - oneri di iscrizione ad albi professionali;
 - gli interessi sui finanziamenti;
 - i costi di locazione e le spese dei locali adibiti allo svolgimento dell'attività professionale;
 - gli ammortamenti per le attrezzature;
 - i contributi sociali e personali obbligatori;
- escluso in ogni caso l'indennizzabilità di:
- ogni utile o remunerazione in qualsiasi forma o modalità percepita (salari, onorari, profitti di qualunque genere, ed altri benefici) o spese diverse da quelle sopra elencate, comunque escluse quelle aventi carattere eccezionale e/o straordinario;
 - spese per acquisti di materiali di consumo e di cancelleria;
 - quote di ammortamento del capitale per l'acquisto di beni in leasing o mutui o rimborsi di capitale in genere.

TERZO:

qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica, inclusi i clienti dell'ASSICURATO, diversa dall'ASSICURATO o dai suoi COLLABORATORI.

Il termine TERZO esclude:

- i. **il coniuge (che non sia legalmente separato), il convivente, i genitori, i figli dell'ASSICURATO e/o dei COLLABORATORI e qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO e/o con i COLLABORATORI;**
- ii. **le imprese di cui l'ASSICURATO sia direttamente o indirettamente titolare, contitolare o socio di maggioranza;**
- iii. qualunque soggetto che detenga una partecipazione diretta o indiretta nel capitale del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO nei casi in cui questi siano persone giuridiche.

TUTELA LEGALE

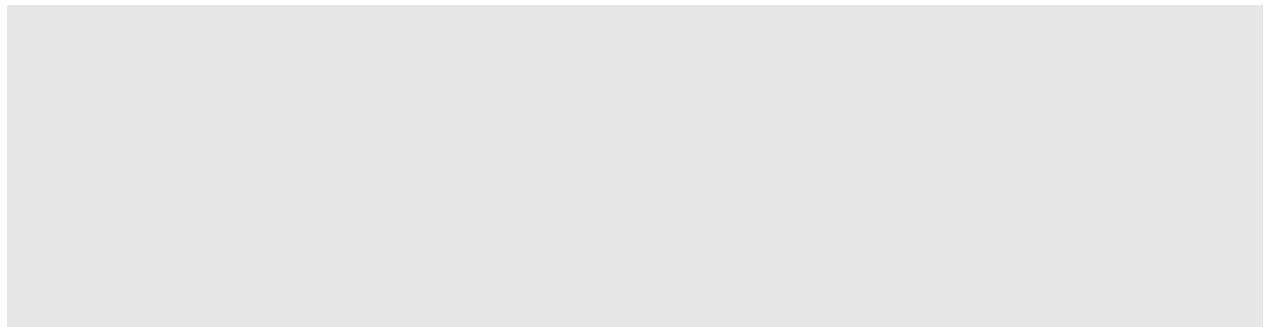
l'assicurazione Tutela Legale, ai sensi del D. L.vo 209/2005, artt 163/4–173/4 e correlati.

VALORI:

qualsiasi somma di denaro, titolo e/o valore ricevuti dall'ASSICURATO in deposito dai clienti o dalle controparti processuali dei clienti dell'ASSICURATO medesimo.

VEICOLO:

il mezzo identificato in polizza dal numero di targa.



SEZIONE A

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE: ALCUNE PREVISIONI CHE È IMPORTANTE CONOSCERE

- | | | |
|-----|---|---|
| 1.1 | <p>ALLA STIPULA DELLA POLIZZA E' NECESSARIO FORNIRE INFORMAZIONI COMPLETE ED ESAURIENTI: "LE DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO"</p> | <p>Gli ASSICURATORI hanno determinato il PREMIO in base alle dichiarazioni dell'ASSICURATO, il quale è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli ASSICURATORI.</p> <p>Le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze da parte dell'ASSICURATO relative a circostanze tali che gli ASSICURATORI non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile i quali prevedono la totale o parziale perdita del diritto all'INDENNIZZO.</p> <p>Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, appendice, proroga o rinnovo della presente POLIZZA.</p> |
| 1.2 | <p>COSA FARE E COME OPERA LA POLIZZA IN PRESENZA DI ALTRE COPERTURE ASSICURATIVE</p> | <p>Qualora esistano altre assicurazioni per lo stesso rischio, la POLIZZA opera a 2° rischio e, quindi, per l'eccedenza dei limiti di indennizzo delle altre polizze assicurative.</p> <p>Il CONTRAENTE deve comunicare per iscritto agli ASSICURATORI l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi ad oggetto in tutto o in parte le stesse coperture della POLIZZA.</p> <p>In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, il CONTRAENTE deve darne avviso a tutti gli assicuratori comunicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile) ed è tenuto a richiedere a ciascuna di esse l'INDENNIZZO dovuto in relazione al rispettivo contratto considerato indipendentemente dagli altri. Nel caso in cui la somma di tali richieste superasse l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, ciascuna Assicuratore è tenuto a pagare esclusivamente la quota dovuta in base al proprio contratto, escludendo ogni obbligazione ulteriore e in solido con altri Assicuratori.</p> <p>Se il CONTRAENTE omette dolosamente di dare l'avviso di cui sopra, gli ASSICURATORI non sono tenuti a corrispondere l'INDENNIZZO.</p> |
| 1.3 | <p>SE IL PREMIO NON E' PAGATO LA GARANZIA ASSICURATIVA NON OPERA: IL "PAGAMENTO DEL PREMIO"</p> | <p>La POLIZZA ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in POLIZZA se il PREMIO o la prima rata di PREMIO sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento (articolo 1901 Codice Civile)</p> <p>In caso di rinnovo tacito, se il CONTRAENTE non paga il PREMIO o le rate di PREMIO relative al rinnovo, la POLIZZA resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.</p> |
| 1.4 | <p>ONERI FISCALI</p> | <p>Gli oneri fiscali relativi alla POLIZZA sono a carico del CONTRAENTE.</p> |
| 1.5 | <p>COME SI MODIFICANO I CONTENUTI DELLA POLIZZA: "MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE"</p> | <p>Eventuali modifiche alla POLIZZA o cessioni di diritti ad essa relativi sono valide ed efficaci solo se accettate per iscritto dagli ASSICURATORI ed a fronte della emissione di una appendice alla POLIZZA.</p> |

- 1.6 **AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO** Il CONTRAENTE deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI di ogni mutamento che comporti un aggravamento del rischio. In tal caso, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio" gli ASSICURATORI hanno il diritto di recedere dalla POLIZZA, oppure di proporre una nuova POLIZZA con differenti condizioni di assunzione del rischio.
- Gli aggravamenti o mutamenti di rischio non noti o non accettati dagli ASSICURATORI possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO nonché il recesso degli ASSICURATORI dal contratto.**
- 1.7 **DIMINUZIONE DEL RISCHIO** Il CONTRAENTE ha interesse a comunicare agli ASSICURATORI ogni eventuale mutamento che produca una diminuzione del rischio assicurato.
- Infatti, nel caso di diminuzione del rischio, gli ASSICURATORI sono tenuti a ridurre il PREMIO, a decorrere dalla scadenza della rata di PREMIO o dal PREMIO successivi alla comunicazione del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile "Diminuzione del Rischio". Inoltre, gli ASSICURATORI rinunciano al proprio diritto di recesso previsto dal suddetto articolo.
- 1.8 **DOVE NOTIFICARE GLI ATTI GIUDIZIARI AGLI ASSICURATORI: "ELEZIONE DI DOMICILIO"** Gli atti giudiziari devono essere notificati agli ASSICURATORI a mezzo PEC: tuaassicurazioni@pec.it o, in alternativa, al domicilio eletto presso: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).
- 1.9 **COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA** Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.
- 1.10 **FORO COMPETENTE** Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello di luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.
- 1.11 **LEGGE APPLICABILE** Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA si applica la legge italiana.
- 1.12 **MISURE RESTRITTIVE (SANCTION LIMITATION EXCLUSION CLAUSE)** **Gli ASSICURATORI sono esonerati dall'obbligo di prestare la copertura assicurativa e di indennizzare qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO e comunque ad eseguire qualsiasi prestazione in forza della presente POLIZZA se e nella misura in cui tale copertura, pagamento di INDENNIZZO od esecuzione di tale prestazione esponga gli ASSICURATORI o i loro riassicuratori a sanzioni, divieti o restrizioni in base a risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni di natura commerciale od economica in base a leggi o regolamenti di qualunque paese dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**
- 1.13 **CLAUSOLA BROKER:** Qualora indicato SI sulla polizza alla voce "Clausola Broker" ed indicata la denominazione del Broker, l'Assicurato/Contraente conferisce mandato alla società di brokeraggio indicata i polizza di rappresentarlo ai fini della Polizza. Pertanto:
- a) Ogni comunicazione effettuata al Broker dagli Assicuratori si considererà come effettuata al Contraente/Assicurato;
 - b) ogni comunicazione effettuata dal Broker del Contraente/Assicurato agli Assicuratori si considererà come effettuata dal Contraente/Assicurato

stesso.

- 1.14 RECESSO IN CASO DI SINISTRO Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il contraente, qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 1469 bis cod. civ., o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata A.R.. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In tal caso TUA rimborsa al contraente, entro 30 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto. L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia alla facoltà di recesso. Relativamente alla sezione Responsabilità Civile Professionale è escluso il diritto di recesso nel periodo di polizza e/o nel Maggior Termine per la notifica delle Richieste di Risarcimento degli Assicuratori in caso di una o più Richieste Di Risarcimento e di pagamento di indennizzi.
- 1.15 ARBITRATO: **In caso di controversia tra Assicurato ed Assicuratori sulla natura della Richiesta di Risarcimento e sull'operatività della presente Polizza si dovrà ricorrere ad un arbitrato rituale, ai sensi dell'art. 809 e seguenti del Codice di Procedura Civile, composto da tre arbitri uno nominato dall'Assicurato, uno dagli Assicuratori e il terzo arbitro sarà nominato dai primi due o in caso di disaccordo dal Presidente dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione ove risiede l'Assicurato. Almeno uno dei tre arbitri sarà scelto tra i professionisti iscritti all'Albo dell'Ordine degli Avvocati nella circoscrizione dove risiede l'Assicurato. L'arbitrato dovrà svolgersi in Italia. Ciascuna delle Parti risponde delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro. Le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuti di firmare il relativo verbale.**
- 1.16 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI: Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.
- 1.17 DURATA: La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell'assicurazione e viene indicata in polizza.
- 1.18 PERIODO DI ASSICURAZIONE: Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.
- 1.19 PROROGA, DISDETTA E VARIAZIONE DEL PREMIO In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove

condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Qualora in polizza sia indicato NO alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Quanto sopra è operante, fatte salve le disposizioni di cui all'Art. 5.1 lettera d), che si intendono prevalenti sulle disposizioni dei commi del presente articolo.

1.20 REGOLAZIONE PREMIO:

Relativamente alla Sezione Responsabilità Civile Professionale, qualora in polizza sia riportato "SI" alla voce "regolazione", il premio è convenuto in tutto o in parte sulla base del Fatturato e viene:

- anticipato in via provvisoria, all'inizio del periodo assicurativo, quale acconto di premio calcolato sulla stima preventiva del Fatturato;
- regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute nel Fatturato durante lo stesso periodo.

Entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minore durata del contratto, il contraente o l'assicurato deve fornire per iscritto a TUA, il Fatturato consuntivo dell'ultimo esercizio chiuso rispetto a quello precedentemente indicato in polizza. La differenza attiva risultante dalla regolazione deve essere pagata entro 30 giorni dalla comunicazione effettuata da TUA. Non è prevista la restituzione dell'eventuale differenza passiva, pertanto il premio anticipato è da considerarsi quale premio minimo comunque acquisito da TUA.

Nel caso in cui il contraente o l'assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione del Fatturato, ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente o l'assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova applicazione il disposto dell'art. 1901 cod. civ., comma 2. Resta fermo il diritto di TUA di agire giudizialmente.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo del Fatturato supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dal periodo assicurativo in corso al momento della comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo del Fatturato pari al 70% dell'ultimo consuntivo.

TUA ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Quanto disciplinato dal presente articolo è operante per le sole Sezioni "Responsabilità civile Professionale", "Tutela Legale".

comunque acquisito da TUA.

Nel caso in cui il contraente o l'assicurato, nei termini prescritti, non abbia effettuato la comunicazione del Fatturato, ovvero il pagamento della differenza attiva dovuta, la garanzia prestata per il nuovo periodo assicurativo resta sospesa a partire dal 15° giorno successivo a quello indicato per la scadenza del contratto e fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente o l'assicurato abbia adempiuto ai propri obblighi e trova

applicazione il disposto dell'art. 1901 cod. civ., comma 2. Resta fermo il diritto di TUA di agire giudizialmente.

Se all'atto della regolazione annuale il consuntivo del Fatturato supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dal periodo assicurativo in corso al momento della comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo del Fatturato pari al 70% dell'ultimo consuntivo.

TUA ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Quanto disciplinato dal presente articolo è operante per le sole Sezioni "Responsabilità civile Professionale", "Tutela Legale".

1.21 INDICIZZAZIONE:

Qualora indicato in polizza SI nella casella "Indicizzata", le somme assicurate, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia e i premi della sezione **"Infortuni Avvocati"** sono collegati all' "Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni anno solare, sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di gennaio dell'anno precedente;

- **alla scadenza di ogni rata annuale, la somma assicurata, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia, non espressi in percentuale, ed i premi, verranno aumentati o ridotti in proporzione alla variazione dell'indice;**

- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annuale, dietro rilascio all'assicurato di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Le parti potranno recedere dalla presente clausola mediante lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, sempre che le somme assicurate ed i massimali alla stipulazione della polizza siano aumentati almeno del 50% a seguito dell'applicazione della presente clausola.

In tal caso la clausola cessa di avere vigore, restando somme assicurate, massimali e premio quelli dell'ultimo adeguamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, TUA proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il contraente non accetti l'adeguamento, TUA ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo adeguamento effettuato oppure di recedere dallo stesso con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata.

1.22 CYBER WAR:

Si intendono esclusi tutti i danni direttamente o indirettamente causati, nel contesto di un conflitto tra Stati o di una guerra civile, dall'uso di sistemi informatici da parte di uno Stato (o fazione di una guerra civile) o di chi agisce per conto di uno Stato (o fazione di una guerra civile), che sia volto ad accedere, danneggiare, manipolare, distruggere i sistemi informatici – appartenenti a uno Stato nemico (o fazione nemica in una guerra civile), o a soggetti privati – localizzati in tale Stato o in uno Stato terzo, o, comunque, a impedirne l'uso, con la finalità di compromettere le difese, il funzionamento o la stabilità economica o socio-politica del nemico. Rientra nella presente

esclusione anche l'impiego da parte di uno Stato (o fazione di una guerra civile) o di chi agisce per conto di uno Stato (o fazione di una guerra civile), nel contesto di un conflitto tra Stati o di una guerra civile, di tecniche di intrusione, sabotaggio o danneggiamento delle infrastrutture e componenti fisiche di un sistema informatico appartenente a uno Stato nemico (o fazione nemica in una guerra civile) ovvero a soggetti privati, localizzato in tale Stato o in uno Stato terzo.

SEZIONE B

2. RC PROFESSIONALE - COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

- 2.1 OGGETTO DELLA POLIZZA - *ALL RISKS*
- A fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA conseguente ad un ERRORE involontariamente commesso nell'esercizio dell'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA.
- Le attività coperte sono tutte quelle consentite dalla legge e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione, fermo restando tutto quanto espressamente escluso.**
- A titolo esemplificativo e non esaustivo la copertura opera per:
- i. l'attività di rappresentanza e difesa dinanzi all'autorità giudiziaria o ad arbitri, tanto rituali quanto irrituali;
 - ii. gli atti ad essa preordinati, connessi o consequenziali, come ad esempio l'iscrizione a ruolo della causa o l'esecuzione di notificazioni;
 - iii. la consulenza od assistenza stragiudiziali;
 - iv. la redazione di pareri o contratti;
- l'assistenza del cliente nello svolgimento delle attività di mediazioni, di cui al decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28, ovvero di negoziazione assistita di cui al decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132.
- 2.2 CLAUSOLA *CLAIMS MADE*: COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO
- La POLIZZA è prestata nella forma *Claims Made*, essa pertanto **copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti ad ERRORI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di RETROATTIVITÀ, avanzate per la prima volta nei confronti dell'ASSICURATO nel PERIODO DI ASSICURAZIONE e da questi regolarmente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante la POSTUMA.**
- 2.3 LE CIRCOSTANZE
- La POLIZZA copre altresì le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO da parte di TERZI conseguenti a CIRCOSTANZE di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza per la prima volta nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, purché debitamente denunciate agli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, o durante la POSTUMA e relative ad ERRORI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la RETROATTIVITÀ.**
- In particolare, per effetto della comunicazione di una CIRCOSTANZA agli ASSICURATORI nei termini previsti dalla POLIZZA, l'eventuale successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO derivante da o attribuibile a tale CIRCOSTANZA ricade nell'ambito di operatività della POLIZZA anche dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o della POSTUMA.**



Quando si attiva la polizza e come funziona la clausola *claims made*?

La polizza si attiva al momento della comunicazione dell'assicurato all'assicuratore della richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato, pertanto le relative garanzie assicurative opereranno anche diverso tempo dopo che il professionista abbia commesso l'errore, purché:

- l'errore non fosse noto al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo
- il contratto abbia retroattività illimitata o comunque più estesa del periodo di polizza.



Come funziona la copertura delle circostanze?

Se l'assicurato si accorge di aver commesso un errore prima ancora di aver ricevuto una richiesta danni da parte del terzo danneggiato, ha la facoltà di comunicarlo in via precauzionale agli assicuratori.

In tale caso, la successiva richiesta di risarcimento, derivante dall'errore rientrerebbe in garanzia anche qualora:

- la polizza sia scaduta
- l'assicurato non sia più coperto da analogo contratto assicurativo.



- **ATTENZIONE:** le circostanze note all'assicurato prima della stipula del contratto, e le successive richieste di risarcimento, rimangono escluse dalla copertura assicurativa.

3. RC PROFESSIONALE - COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

3.1 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima include altresì le seguenti garanzie:

- | | | |
|-------|---|--|
| 3.1.1 | PERDITA DOCUMENTI E VALORI | <p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a danneggiamento, perdita o distruzione di DOCUMENTI e/o VALORI la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO.</p> <p>La garanzia include costi e spese sostenuti dall'ASSICURATO per sostituire o ripristinare tali DOCUMENTI e/o VALORI, a condizione che egli fornisca le fatture o le ricevute di costi e spese.</p> |
| 3.1.2 | CODICE PRIVACY (Regolamento europeo generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 - il "Regolamento Privacy") | <p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad errato trattamento di dati personali (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, protezione, utilizzo, comunicazione, diffusione e cancellazione) o comunque errata consulenza in materia di privacy.</p> <p>La garanzia è prestata nell'ambito del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e include le conseguenze degli ERRORI commessi dall'ASSICURATO nell'ambito dello svolgimento di incarichi di Data Protection Officer per conto dei propri clienti.</p> <p>La presente garanzia opera a secondo rischio e quindi ad integrazione e dopo esaurimento dei massimali di eventuali altre coperture (se esistenti), aventi ad oggetto garanzie in tutto o in parte previste dalla POLIZZA, compresi i contratti assicurativi Cyber, a copertura dagli attacchi informatici.</p> |
| 3.1.3 | MEDIATORE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE (D.LGS. 28/2010) | <p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento di attività di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali ai sensi del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e successive modificazioni e/o integrazioni.</p> <p>La presente garanzia opera a secondo rischio e quindi ad integrazione e dopo esaurimento dei massimali di eventuali altre coperture, se esistenti, aventi ad oggetto garanzie in tutto o in parte previste dalla POLIZZA, comprese le coperture assicurative di responsabilità civile per l'attività di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali ai sensi del d.lgs. 4 marzo 2010 n. 28 e successive modificazioni e/o integrazioni.</p> |
| 3.1.4 | SANZIONI DI TERZI | <p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a sanzioni fiscali e/o amministrative comminate a clienti dell'ASSICURATO per un ERRORE commesso dall'ASSICURATO stesso.</p> |
| 3.1.5 | DOLO DI SOGGETTI DI CUI L'ASSICURATO DEBBA RISPONDERE | <p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad atti dolosi commessi nello svolgimento dell'attività professionale dei COLLABORATORI e comunque dei soggetti del cui operato l'ASSICURATO sia legalmente tenuto a rispondere, fatti salvi ed impregiudicati i diritti di surrogazione degli ASSICURATORI in caso di dolo.</p> <p>La garanzia opera a parziale deroga dell'esclusione FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI che segue.</p> |
| 3.1.6 | SPESE DI SALVATAGGIO | <p>Gli ASSICURATORI coprono le spese e i costi sostenuti dall'ASSICURATO al fine di prevenire o mitigare una RICHIESTA DI RISARCIMENTO</p> |

conseguente ad un ERRORE dell'ASSICURATO, purché:

- i. **l'ASSICURATO comunichi preventivamente agli ASSICURATORI l'ERRORE e l'ammontare delle spese e dei costi necessari per prevenire o mitigare il danno;**
- ii. **la comunicazione venga fatta durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la POSTUMA;**
- iii. **spese e costi siano debitamente documentati da fatture o altri analoghi documenti.**

La garanzia è operante **esclusivamente** nel caso in cui gli ASSICURATORI ritengano che le spese e i costi sostenuti annullino o limitino l'ammontare della RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Resta inteso che per spese e costi non si intendono i costi fissi dell'ASSICURATO, quali i salari e gli stipendi per lavoro ordinario o straordinario, i premi di produzione, le gratifiche o analoghi compensi, e le retribuzioni a professionisti per loro prestazioni ordinariamente fornite all'ASSICURATO.

3.1.7 RESPONSABILITÀ
CIVILE TERZI
NELLA
CONDUZIONE
DELLO STUDIO
(R.C.T.)

Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a DANNI CORPORALI e MATERIALI dei quali l'ASSICURATO si sia reso involontariamente responsabile e che si siano verificati nell'ambito della proprietà o conduzione dei locali adibiti allo svolgimento dell'attività professionale (**ad esclusione di luoghi diversi dalla sede principale o da eventuali altre sedi secondarie**) inclusi quelli derivanti da fatti dolosi di persone delle quali l'ASSICURATO debba rispondere, salvi i diritti di surrogazione.

La garanzia opera a parziale deroga dell'esclusione DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI che segue ed è prestata con un **SOTTOLIMITE di INDENNIZZO di € 2.500.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato annuo** e senza l'applicazione di alcuna **FRANCHIGIA**.

Ferme restando le esclusioni previste nella POLIZZA, la garanzia non opera per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO riconducibili a o derivanti da:

- i. **danni a cose che l'ASSICURATO detenga a qualsiasi titolo, nonché in ogni caso danni cagionati da furto o incendio di beni dell'ASSICURATO o che questi detenga, fatta salva l'estensione PERDITA DOCUMENTI E VALORI;**
- ii. **danni cagionati ad opere in costruzione, ad opere sulle quali o nelle quali si eseguono lavori;**
- iii. **danni alle cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;**
- iv. **danni derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne;**
- v. **danni a condutture ed impianti sotterranei in genere, a fabbricati e cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno determinati da qualsiasi causa;**
- vi. **danni da detenzione o impiego di esplosivi;**
- vii. **danni da proprietà di fabbricati e loro strutture fisse;**
- viii. **danni da circolazione di qualunque veicolo.**

- 3.1.8 **RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO - CONTABILE** Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti a PERDITE cagionate alla Pubblica Amministrazione e/o all'Erario con responsabilità amministrativa e amministrativo - contabile (cosiddetta colpa grave) in conseguenza di ERRORI commessi dall'ASSICURATO nell'esercizio delle proprie funzioni e quale responsabile ai sensi di legge per effetto di decisioni della Corte dei Conti.



Che cos'è la responsabilità amministrativa e amministrativo-contabile?

Nel caso in cui il professionista svolga la propria attività per conto di enti pubblici e arrechi un danno patrimoniale all'ente medesimo o ad un altro ente pubblico, può incorrere nella responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile sulla quale ha giurisdizione la Corte dei Conti. Al fine di potersi tutelare rispetto alla responsabilità amministrativa, il professionista ha la facoltà di attivare la copertura della responsabilità amministrativa e/o amministrativo-contabile.

- 3.1.9 **RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)** Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative a pregiudizio economico derivante da DANNI CORPORALI avvenuti durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e di cui l'ASSICURATO sia ritenuto responsabile:
- i. ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124, per gli infortuni sofferti durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE da prestatori di lavoro da lui dipendenti, addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
 - ii. ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124, cagionati durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE ai prestatori di lavoro di cui al punto precedente per morte e per lesioni personali dalle quali sia derivata un'invalidità permanente e/o temporanea.

La presente garanzia opera a parziale deroga dell'esclusione DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI che segue e si applica anche alle azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge 12/6/1984 n. 222 e dagli enti previdenziali ed assicurativi ai sensi di legge.

La garanzia è prestata con un **SOTTOLIMITE di Indennizzo di € 2.500.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e in aggregato annuo, ma con il limite di € 250.000 per persona, e senza l'applicazione di alcuna FRANCHIGIA.**

La garanzia è efficace a condizione che, al momento della RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.

Dalla garanzia restano escluse le RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti da e/o attribuibili a malattie professionali di qualunque natura.

- 3.1.10 **FUSIONI E ACQUISIZIONI** Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento di attività dell'ASSICURATO in qualità di consulente in materia di fusioni ed acquisizioni, **sempre che tali attività rientrino nell'ambito delle competenze professionali consentite dalla legge.**
- 3.1.11 **CURATORE/ LIQUIDATORE/ COMMISSARIO** Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento di funzioni da parte dell'ASSICURATO di carattere pubblico o di natura giudiziale, ivi compresi a titolo esemplificativo e non limitativo gli incarichi di:
- i. curatore nelle procedure di fallimento;
 - ii. commissario giudiziale nelle procedure di concordato preventivo e di amministrazione controllata;
 - iii. commissario liquidatore nelle procedure di liquidazione coatta

- amministrativa;
- iv. commissario governativo per le procedure di scioglimento di società cooperative;
- v. ausiliario giudiziario;
- vi. liquidatore giudiziale eco-liquidatore,
- vii. arbitro;
- viii. custode giudiziario;
- ix. rappresentante degli obbligazionisti;
- x. perito e consulente tecnico

sempre che tali incarichi rientrino nelle competenze professionali consentite dalla legge.

- 3.1.12 AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DI BENI MATERIALI
- Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento di incarichi di amministratore di sostegno **esclusivamente** di beni materiali e quindi **con l'esclusione di beni immateriali e/o aventi personalità giuridica.**

La garanzia non è operante nel caso in cui l'ASSICURATO rientri tra i soggetti di cui al primo comma dell'articolo 408 del Codice Civile di seguito indicati: coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio o il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado.

3.2 CONDIZIONI OPERANTI SOLO SE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Ferme le condizioni, esclusioni e limitazioni tutte della POLIZZA, quest'ultima può offrire le seguenti ulteriori garanzie:

- 3.2.1 ESTENSIONE ATTIVITA' PERSONALE DEI PROFESSIONISTI
- Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento dell'attività esercitata con propria Partita Iva dai singoli professionisti associati/soci che all'atto della stipulazione della POLIZZA siano parte dello studio associato/società CONTRAENTE.

La garanzia opera (i) qualora **il FATTURATO dichiarato dal CONTRAENTE e indicato nella SCHEDA DI POLIZZA comprenda anche il FATTURATO derivante dall'attività esercitata individualmente dai singoli professionisti associati/soci;** (ii) anche nei confronti di nuovi professionisti associati/soci che entrano a far parte dello studio associato/società e di professionisti associati/soci che subentrano alle persone precedentemente assicurate nello studio associato/società durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE, **purché ne sia data tempestiva comunicazione agli ASSICURATORI.**

La presente estensione opera a parziale deroga dell'esclusione ATTIVITA' SVOLTA CON PARTITA IVA DIFFERENTE che segue.

- 3.2.2 AMMINISTRATORE CONDOMINIALE
- Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti allo svolgimento dell'attività svolta in qualità di amministratore condominiale come previsto dagli articoli 1129, 1130 del Codice Civile.

La garanzia opera qualora il FATTURATO dichiarato dal CONTRAENTE e indicato nella SCHEDA DI POLIZZA comprenda anche il FATTURATO derivante da tale attività.

Ferme le esclusioni previste nella POLIZZA, la garanzia non opera per le RICHIESTE RISARCIMENTO derivanti da o correlate a:

- i. omissioni nella stipulazione, modifica o gestione di assicurazioni;
- ii. furto, rapina, smarrimento, distruzione o deterioramento di denaro, preziosi o titoli al portatore;
- iii. proprietà del fabbricato;
- iv. **DANNI CORPORALI;**
- v. **responsabilità imputabile all'ASSICURATO nella gestione di lavori straordinari.**

In deroga all'esclusione v. di cui sopra e ai sensi dell'articolo 9 della Legge n. 220, 11 Dicembre 2012, l'ASSICURATO ha la facoltà di richiedere:

- i. l'acquisto di un LIMITE DI INDENNIZZO aggiuntivo, dedicato e adeguato all'entità dei lavori straordinari programmati presso i condomini gestiti
- ii. richiedere specifica dichiarazione a copertura del singolo lavoro straordinario oggetto di copertura della garanzia.

3.2.3 REVISORE/
SINDACO/
O.D.V./
ATTESTATORE/
AMMINISTRATORE

Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO conseguenti a:

- i. ERRORI commessi nell'espletamento dell'incarico / dell'attività di:
 1. revisore legale dei conti (ex revisore dei conti - ex controllo contabile) ai sensi del D. Lgs. 39/2010
 2. sindaco, membro del consiglio di sorveglianza o del comitato per il controllo sulla gestione
 3. membro dell'organismo di vigilanza ai sensi del D. Lgs. 231/2001 - articolo 6 punto 1 lettera b
 4. attestatore ai sensi degli articoli 67, 161 e 182 bis Legge Fallimentare (e successive modifiche) **a parziale deroga dell'esclusione i. procedure concorsuali e di liquidazione che segue e ii. perdite superiori al 25% del patrimonio netto.**
- ii. ERRORI inerenti l'attività professionale indicata nella SCHEDA DI POLIZZA, svolta per conto di società in cui l'ASSICURATO abbia incarichi di amministratore (membro del Consiglio di Amministrazione).

Sono da intendersi **compresi**:

- i. **i nuovi incarichi assunti successivamente alla stipulazione della POLIZZA;**
- ii. **gli incarichi cessati durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE;**
- iii. gli incarichi assunti presso Banche, Società di Intermediazione Mobiliare, Compagnie di Assicurazione e Società Finanziarie in genere;
- iv. gli incarichi cessati entro il periodo di RETROATTIVITA' (se concesso);
- v. gli incarichi assunti in società soggette a procedure concorsuali e di liquidazione, purché accettati per la prima volta successivamente all'avvio di tali procedure.

Per incarichi cessati durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE si intendono anche quelli cessati nel periodo di vigenza di altre polizze stipulate con gli ASSICURATORI senza soluzione di continuità.

Resta in ogni caso inteso che **la presente garanzia opera a secondo rischio e quindi ad integrazione e dopo esaurimento dei massimali di eventuali altre coperture (se esistenti), aventi ad oggetto garanzie in tutto o in parte previste dalla presente POLIZZA**, comprese le coperture assicurative di Responsabilità Civile per amministratori e sindaci.

Se non diversamente pattuito, la garanzia è prestata con **una FRANCHIGIA fissa di € 5.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, con riferimento ai punti iii. e iv. di cui sopra, con l'applicazione di un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO DI € 500.000.**

La garanzia è efficace a condizione che il FATTURATO dichiarato dal CONTRAENTE e indicato nella SCHEDA DI POLIZZA sia comprensivo del FATTURATO derivante dall'incarico o dall'attività oggetto della presente garanzia.

3.2.3.A Esclusioni

Ferme restando le esclusioni della POLIZZA, la presente estensione non opera in relazione alle RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino, che traggano origine, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza, o che comunque riguardino:

- i. procedure concorsuali e di liquidazione**
procedure liquidative ai sensi dell'articolo 2484 primo comma punto 4 del Codice Civile e da procedure concorsuali (ivi incluse, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, procedure fallimentari, di amministrazione controllata, di concordato preventivo, di liquidazione coatta amministrativa etc.) avviate prima della stipula della prima POLIZZA con gli ASSICURATORI. **La presente esclusione non è operante per gli incarichi di attestatore sopra descritto.**
- ii. perdite superiori al 25% del patrimonio netto**
 - società il cui ultimo bilancio, prima del PERIODO DI ASSICURAZIONE relativo alla prima POLIZZA stipulata con gli ASSICURATORI e rinnovata **senza soluzione di continuità**, presenti o avrebbe dovuto presentare in applicazione di corretti criteri di redazione, una perdita ante imposte superiore al 25% del patrimonio netto;
 - incarichi assunti successivamente alla stipulazione della Polizza presso società il cui ultimo bilancio approvato prima della data di accettazione della carica presenti o avrebbe dovuto presentare in applicazione di corretti criteri di redazione una perdita ante imposte superiore al 25% del patrimonio netto.
La presente esclusione non è operante per gli incarichi di attestatore sopra descritto.
- iii. compensi non autorizzati**
somme percepite dall'ASSICURATO a titolo di compenso o ad altro titolo in assenza di regolare deliberazione dell'organo competente;
- iv. interesse economico**
società o enti in cui l'ASSICURATO abbia un interesse economico/finanziario (quote, azioni, obbligazioni, ecc.).
- v. rischio d'impresa**
la gestione della società e il rischio d'impresa.
- vi. amministratore unico**
incarichi di amministratore unico.

3.2.3.B Casi in cui il tacito rinnovo (ove previsto) non si applica

Ad integrazione dell'articolo PROCEDURE DI RINNOVO E TACITO RINNOVO - ADEGUAMENTO DEL PREMIO (ove previsto), si precisa che **il tacito rinnovo non si applica nel caso in cui alla scadenza della relativa annualità assicurativa il FATTURATO derivante dagli incarichi o dalle attività oggetto della presente garanzia siano superiori al 35% del FATTURATO.**

In tale caso l'ASSICURATO si obbliga a comunicare agli ASSICURATORI il relativo FATTURATO e l'elenco degli incarichi entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.

In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base delle ultime informazioni note agli ASSICURATORI, ma in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO incorre nella riduzione parziale o totale del diritto all'INDENNIZZO.



COSA INCLUDE LA GARANZIA REVISORE / SINDACO / O.D.V./ ATTESTATORE/ AMMINISTRATORE?

L'estensione REVISORE/SINDACO/O.D.V./ATTESTATORE/AMMINISTRATORE permette la copertura delle conseguenze pregiudizievoli derivanti dallo svolgimento dell'incarico di sindaco, di revisore legale dei conti, di membro dell'organismo di vigilanza e/o di attestatore di piani concordatari assunto anche in data antecedente la decorrenza della polizza, purché alla data della sua stipulazione la società per la quale è stato assunto l'incarico non abbia una perdita ante imposte superiore al 25% del patrimonio netto, non sia stata sottoposta a procedure concorsuali e/o l'assicurato non ne sia socio o azionista.

La garanzia include:

- incarichi presso società quotate in borsa
- incarichi in società in procedura concorsuale, solo se al momento dell'assunzione dell'incarico la procedura concorsuale era già in corso
- incarichi in società in liquidazione, solo se al momento dell'assunzione dell'incarico la liquidazione era già in corso
- incarichi in società con perdite superiori al 25%, o in procedura concorsuale, o in liquidazione sempreché' alla data di prima stipula contrattuale con gli assicuratori tali società non rientravano in nessuna delle fattispecie indicate.

Con riferimento agli incarichi di amministratore o di consigliere di amministrazione, l'estensione non opera per le richieste di risarcimento che abbiano ad oggetto una mala gestione della società (normalmente coperte dalle polizze D&O), bensì opera per le richieste di risarcimento relative ad errori professionali coperti dalla polizza in società di cui l'assicurato oltre a prestare la sua attività professionale, ha anche incarichi nel consiglio di amministrazione della società stessa.

4. RC PROFESSIONALE - CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

La POLIZZA non copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO che si basino su, che traggano origine da, che risultino direttamente o indirettamente quale conseguenza di, o che comunque riguardino:

ESCLUSIONI GENERALI

- | | | |
|-----|---|--|
| 4.1 | ATTIVITÀ DIVERSE O NON RETRIBUITE | attività diversa da quella/e indicata/e nella SCHEDA DI POLIZZA, o attività svolte a titolo gratuito. |
| 4.2 | ASSICURATO NON ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE | <p>attività svolta dall'ASSICURATO che non sia iscritto all'albo professionale od autorizzato dalle autorità competenti (ove previsto) ad esercitare l'attività indicata nella SCHEDA DI POLIZZA o la cui attività o autorizzazione sia stata negata, sospesa cancellata o revocata dalle autorità competenti. In questi casi la copertura assicurativa viene automaticamente sospesa in relazione agli ERRORI commessi successivamente alla data in cui tale decisione è stata deliberata, senza tener conto della data di ricevimento della relativa comunicazione da parte dell'ASSICURATO.</p> <p>La POLIZZA mantiene la sua efficacia rispetto a RICHIESTE DI RISARCIMENTO riferite ad ERRORI commessi prima della data di delibera, purché l'ASSICURATO abbia dato avviso entro 7 giorni dalla data di efficacia della delibera stessa agli ASSICURATORI consegnando copia della relativa documentazione.</p> <p>La POLIZZA è automaticamente riattivata alla revoca della delibera da parte delle autorità competenti oppure allo scadere del termine di sospensione dall'esercizio della professione, sebbene gli ASSICURATORI abbiano facoltà di:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. recedere dalla POLIZZA dando 90 giorni di preavviso; ii. mantenere in vigore la POLIZZA fino alla sua scadenza originaria in relazione alla sola notifica delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO per ERRORI commessi prima della delibera delle autorità competenti. |

4.3	FATTI NOTI	CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO esistenti prima od alla data di decorrenza della POLIZZA che l'ASSICURATO conosceva o delle quali poteva avere conoscenza, atte a generare una successiva RICHIESTA DI RISARCIMENTO.
4.4	CIRCOSTANZE E/O RICHIESTE DI RISARCIMENTO GIÀ NOTIFICATE	CIRCOSTANZE e/o RICHIESTE DI RISARCIMENTO già notificate dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI in base a precedenti polizze o ad altri assicuratori.
4.5	ATTIVITA' SVOLTA CON PARTITA IVA DIFFERENTE	attività svolta con Partita Iva diversa da quella del CONTRAENTE e/o svolta presso una società, un'associazione professionale od uno studio associato diversi dal CONTRAENTE.
4.6	FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI	frode, atto doloso od omissione disonesta posti in essere dall'ASSICURATO.
4.7	MULTE, AMMENDE E/O SANZIONI DIRETTE	obbligazioni di natura fiscale, contributi previdenziali, multe ed ammende di qualsiasi tipo, penalità, sovrattasse, sanzioni inflitte direttamente all'ASSICURATO o per le conseguenze del loro mancato pagamento.
4.8	DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI	DANNI CORPORALI o DANNI MATERIALI, determinati da fatti non direttamente imputabili ad un obbligo di natura professionale dell'ASSICURATO.
4.9	RESPONSABILITA' NON PROFESSIONALI	responsabilità volontariamente assunte dall'ASSICURATO a seguito di impegni, accordi e/o garanzie espressi, salvo che tali responsabilità derivino comunque da disposizioni di legge e/o di regolamento relativi alla professione anche in assenza di tali impegni, accordi e/o garanzie.
4.10	INQUINAMENTO	inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.
4.11	AMIANTO	amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto.
4.12	CAMPI ELETTROMAGNETICI	campi elettromagnetici (EMF).
4.13	RADIAZIONI, CONTAMINAZIONI E/O SCORIE NUCLEARI	<ul style="list-style-type: none"> i. radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva che traggano origine da radioattività derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da scorie nucleari generate da combustibile nucleare; ii. sostanze radioattive, tossiche, esplosive od altre proprietà pericolose, montaggio di esplosivi nucleari o relativi componenti nucleari.
4.14	GUERRA, ATTI TERRORISTICI	<p>guerra, invasione, atti di nemici esteri, ostilità e operazioni belliche (in caso di guerra dichiarata o non), guerra civile, ribellione, insurrezione, sommosse popolari di portata pari a, o costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare), o ATTI TERRORISTICI.</p> <p>Sono inoltre escluse dalla POLIZZA PERDITE, danni, costi o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da o connessi ad azioni finalizzate al controllo, alla prevenzione o alla soppressione di quanto sopra indicato e comunque a ciò relativo.</p> <p>Nel caso in cui gli ASSICURATORI affermino che, in base alla presente esclusione, qualsiasi PERDITA, danno, costo o esborso non sia coperto dalla presente assicurazione, l'onere di fornire prova contraria grava sull'ASSICURATO. L'eventuale nullità o inapplicabilità parziale della presente esclusione non comporta la nullità totale della clausola stessa, che rimane valida ed efficace per la parte restante.</p>

- 4.15 **FATTI RELATIVI ALLA GESTIONE DI ASSICURAZIONI** PERDITE conseguenti a omissioni nella stipulazione o modifica di assicurazioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi.
- 4.16 **INSOLVENZA O FALLIMENTO** insolvenza o fallimento dell'ASSICURATO.

ESCLUSIONI SPECIFICHE PER L'ATTIVITÀ PROFESSIONALE ASSICURATA

- 4.17 **SINDACO/ REVISORE/ O.D.V./ ATTESTATORE/ AMMINISTRATORE** qualsiasi ERRORE commesso dall'ASSICURATO che agisca in qualità di sindaco, revisore legale dei conti (comprese tutte le attività a quest'ultimo consentite in forza della propria iscrizione all'albo dei revisori legali), membro dell'organismo di vigilanza, attestatore dei piani concordatari, amministratore (membro del C.d.A.), amministratore unico e/o altra carica societaria salvo il caso in cui la relativa estensione sia specificatamente convenuta e richiamata nella SCHEDA DI POLIZZA.
- 4.18 **CERTIFICAZIONE DEI BILANCI DI SOCIETÀ QUOTATE E NON QUOTATE** ERRORI commessi in relazione alla sottoscrizione di relazioni di certificazione dei bilanci di società quotate e non quotate ed in genere di società soggette per legge all'obbligo della certificazione, salvo il caso in cui la relativa estensione sia specificatamente convenuta e richiamata nella SCHEDA DI POLIZZA.
- 4.19 **ASSISTENZA FISCALE E VISTO DI CONFORMITÀ** responsabilità civile dell'Assicurato derivante dall'attività di assistenza fiscale mediante apposizione del visto di conformità sulle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs. n. 241 del 9 luglio 1997, come specificato nel D.M. 164/99 e successive modifiche, nonché mediante apposizione del visto di conformità in relazione all'utilizzo in compensazione da parte del contribuente di crediti Iva, crediti relativi alle imposte sui redditi e relative addizionali, irap, ritenute alla fonte di cui all'art. 3 del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973 n. 602, imposte sostitutive delle imposte sul reddito e all'imposta regionale sulle attività produttive per importi superiori a € 15.000 ai sensi del D.L. 78/2009 Art. 10 – comma 7 e dell'art.1 co. 574 della L. 24.12.2013, n.147.
- 4.20 **VISTO DI CONFORMITÀ' MODELLI 730** responsabilità derivante dall'apposizione del visto di conformità sui modelli 730 di cui all' art. 39, comma 1, lettera a) del D.Lgs. n. 241 del 9 luglio 1997 modificato dal D.Lgs 175 del 21 novembre 2014.
- 4.21 **AMMINISTRATORE GIUDIZIARIO** qualsiasi ERRORE commesso dall'ASSICURATO che agisca in qualità amministratore giudiziario.

5. RC PROFESSIONALE - QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA

- 5.1 **CESSAZIONE** Salvo l'applicabilità della POSTUMA, **questa POLIZZA cessa con effetto immediato** in caso di:
- i. scioglimento della società, dello studio associato o dell'associazione professionale CONTRAENTE;
 - ii. cessazione dell'attività del CONTRAENTE;
 - iii. morte del CONTRAENTE;
 - iv. fusione od incorporazione della società, dello studio associato o dell'associazione professionale;
 - v. liquidazione del CONTRAENTE;
 - vi. cessione del ramo di azienda del CONTRAENTE a terzi.

In tutti i casi sopra elencati la POLIZZA copre le RICHIESTE DI RISARCIMENTO e le CIRCOSTANZE notificate agli ASSICURATORI che possono dare origine ad una PERDITA dopo la data di cessazione e fino alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, **ma esclusivamente in relazione ad ERRORI commessi prima**

della data di cessazione.

- 5.2 ESCLUSIONE DEL DIRITTO DI RECESSO DEGLI ASSICURATORI
In caso di una o più RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o del pagamento di INDENNIZZI, è escluso il diritto di recesso da parte degli ASSICURATORI durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE e/o durante la POSTUMA.
- 5.3 RICHIESTE DI RISARCIMENTO FRAUDOLENTE - CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA
Qualora gli ASSICURATI presentino o provochino dolosamente una RICHIESTA DI RISARCIMENTO falsa o fraudolenta riguardo ad una PERDITA, rappresentino dolosamente una falsa ed eccessiva quantificazione del danno e/o dichiarino fatti non rispondenti al vero, producano documenti falsi, occultino prove, ovvero agevolino illecitamente gli intenti fraudolenti di terzi, **perdono il diritto ad ogni INDENNIZZO ed il presente contratto cessa automaticamente alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro gli ASSICURATI per INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**
- 5.4 PROCEDURE DI RINNOVO
In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza. In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte. Qualora in polizza sia indicato NO alla casella "Tacito rinnovo", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata. Quanto sopra è operante, fatte salve le disposizioni di cui agli Artt. 6.1, 6.2, 6.3, che si intendono prevalenti sulle disposizioni dei commi del presente articolo.

La disdetta del CONTRAENTE può essere spedita alternativamente: mediante raccomandata A/R o PEC, inviata all'INTERMEDIARIO o a TUA Assicurazioni (fa fede la data del timbro postale).

- 5.5 RINNOVO CON VARIAZIONE DEL FATTURATO
- 5.5.1 **Se il FATTURATO di riferimento è fino a € 70.000**
- Nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa il FATTURATO è aumentato e ricada in una fascia di fatturato superiore rispetto a quella di riferimento, **l'ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI del nuovo FATTURATO, tramite l'INTERMEDIARIO, entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**
- Gli ASSICURATORI provvedono ad adeguare il PREMIO di rinnovo al premio relativo alla nuova fascia di fatturato, adeguando eventualmente anche il LIMITE DI INDENNIZZO secondo quanto stabilito dal Decreto Legge del 22 settembre 2016 e sue successive modifiche.**
- In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base del FATTURATO noto agli ASSICURATORI **fermo restando che in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'INDENNIZZO è ridotto in proporzione all'importo pagato e il PREMIO effettivamente dovuto.**
- 5.5.2 **Se il FATTURATO di riferimento è nella fascia da 70.001 a € 300.000**

Nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa il FATTURATO sia aumentato, ma non sia comunque superiore ad € 300.000, il **PREMIO resta invariato e non è necessario trasmettere alcuna comunicazione agli ASSICURATORI.**

5.5.3 **FATTURATO superiore a € 300.000**

Nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa il FATTURATO sia superiore a:

- i. € 300.000, o sia aumentato in misura tale da ricadere in una fascia di FATTURATO superiore rispetto a quella di riferimento dell'annualità precedente, **l'ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI del nuovo FATTURATO, tramite l'INTERMEDIARIO, entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE.**

In base all'entità del FATTURATO comunicato **gli ASSICURATORI applicano il sovrappremio indicato in tabella**, emettendo una appendice di integrazione del PREMIO.

FASCIA DI FATTURATO FINO A*	SOVRAPPREMIO
€ 350.000	10%
€ 400.000	20%
€ 450.000	30%
€ 500.000	40%

- ii. € 500.000, **l'ASSICURATO deve inviare una nuova richiesta di quotazione agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE**, sulla base della quale sono valutati i nuovi termini di rinnovo.

In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base del FATTURATO noto agli ASSICURATORI **fermo restando che in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'INDENNIZZO è ridotto in proporzione all'importo pagato e il PREMIO effettivamente dovuto.**



Come si rinnova la polizza in funzione del fatturato?

Esempio: Fatturato alla sottoscrizione del contratto: € 29.000 e limite di indennizzo € 350.000

- Annualità 1:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 65.000
 - comunicazione agli assicuratori entro la scadenza della polizza
 - appendice di integrazione del premio per fascia di fatturato superiore secondo la tariffa standard e aumento massimale a € 500.000
 - Fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: € 65.000
- Annualità 2:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 75.000
 - comunicazione agli assicuratori entro la scadenza della polizza
 - appendice di integrazione del premio per fascia di fatturato superiore secondo la tariffa standard e aumento massimale a € 1.000.000
 - Fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: € 75.000
- Annualità 3:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 270.000, entro € 300.000
 - Nessuna variazione di premio e nessuna comunicazione necessaria
 - Fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: € 75.000

- Annualità 4:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 305.000, superiore a € 300.000
 - comunicazione agli assicuratori entro la scadenza della polizza
 - appendice di integrazione del premio con sovrappremio del 10%
 - Per il rinnovo successivo:
 - Nuovo fatturato di riferimento € 305.000
 - Nuova fascia di fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: **fino a € 350.000**
- Annualità 5:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 349.000, entro la fascia di fatturato di riferimento fino a € 350.000
 - Nessuna variazione di premio e nessuna comunicazione necessaria
 - Fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: € 305.000
- Annualità 6:
 - Nuovo fatturato a scadenza € 370.000, che ricade nella fascia di fatturato superiore fino a € 400.000
 - comunicazione agli assicuratori entro la scadenza della polizza
 - appendice di integrazione del premio con sovrappremio del 20%
 - Per il rinnovo successivo:
 - Nuovo fatturato di riferimento € 370.000
 - Nuova fascia di fatturato di riferimento per il rinnovo successivo: **fino a € 400.000**



Cosa succede in caso di riduzione di fatturato?

Nel caso in cui alla scadenza della polizza il fatturato dell'assicurato sia diminuito al di sotto della fascia di fatturato di riferimento l'assicurato non deve comunicare nulla agli assicuratori.

Salva diversa pattuizione espressa la diminuzione del fatturato non dà diritto ad una riduzione del premio in quanto il contratto è rinnovato con retroattività illimitata.

6. LA POSTUMA

- | | | |
|-----|---|--|
| 6.1 | IN CASO DI DECESSO | In caso di decesso del CONTRAENTE debitamente comunicato agli ASSICURATORI entro il termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE, gli eredi hanno diritto ad un periodo di 10 anni gratuito successivo alla data del mancato rinnovo. |
| 6.2 | IN CASO DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ | <p>In tutti i casi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. naturale o volontaria cessazione dell'attività del CONTRAENTE ii. scioglimento, assorbimento o fusione del CONTRAENTE iii. cessione di un ramo d'azienda del CONTRAENTE ad un terzo <p>debitamente comunicati agli ASSICURATORI entro il termine del PERIODO DI ASSICURAZIONE, il CONTRAENTE ha diritto ad un periodo di POSTUMA, di 10 anni gratuito successivo alla data del mancato rinnovo.</p> <p>Nel caso in cui il CONTRAENTE sia uno Studio Associato o una Società, la POSTUMA è concessa solo ed esclusivamente in caso di cessazione definitiva dell'attività dello Studio Associato o della Società medesime.</p> |
| 6.3 | IN CASI DIVERSI DA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI CUI AI PUNTI 6.1 E 6.2 | <p>In caso di non rinnovo della POLIZZA e alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, il CONTRAENTE ha la facoltà di acquistare una POSTUMA della durata di 10 anni per ragioni diverse da quelle disciplinate dai punti 6.1 e 6.2 che precedono.</p> <p>La concessione della POSTUMA è subordinata al pagamento di un PREMIO aggiuntivo determinato come segue:</p> |

- i. 200% del PREMIO, **esclusivamente** nel caso in cui non sia mai stata notificata agli ASSICURATORI alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZA;
- ii. 400% del PREMIO **nel caso in cui siano state notificate agli ASSICURATORI RICHIESTE DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZE.**

Resta inteso che, eventuali ERRORI commessi successivamente alla scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, sebbene entro la POSTUMA, non sono coperti.

6.4 LIMITI DI
APPLICAZIONE
DELLA POSTUMA

Con riferimento ai punti 6.1 e 6.2 che precedono, la POSTUMA si applica al singolo professionista avvocato / praticante abilitato, deceduto o che abbia cessato l'attività in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti o attribuibili ad:

- i. **attività svolta in nome e per conto del CONTRAENTE.**
- ii. **attività svolta con propria Partita Iva personale, a condizione che tale attività sia stata inclusa in copertura come da ESTENSIONE STUDI ASSOCIATI E SOCIETA' che precede e che tale estensione sia richiamata nel CERTIFICATO.**

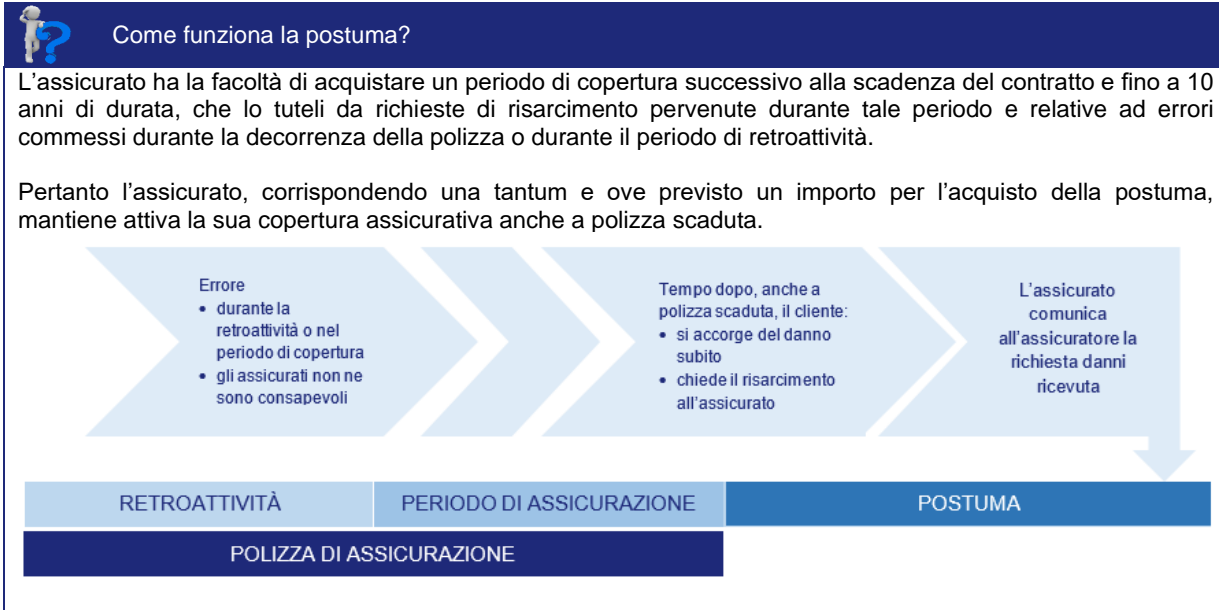
In caso di ammissione del CONTRAENTE a procedure concorsuali o altre procedure di analoga natura o in caso di radiazione dall'Albo Professionale del CONTRAENTE e/o dell'ASSICURATO per motivi disciplinari o penali, la POSTUMA non è automatica, ma deve essere accordata dagli ASSICURATORI.

La POSTUMA, attivata secondo quanto disciplinato ai punti 6.1 o 6.2 che precedono, cessa con effetto immediato:

- i. qualora gli eredi acquistino la POSTUMA presso un diverso assicuratore;
- ii. qualora il CONTRAENTE:
 - a. riprenda lo svolgimento dell'attività professionale;
 - b. stipuli una polizza con altro assicuratore per la copertura del medesimo rischio;
 - c. acquisti la POSTUMA presso un diverso assicuratore;

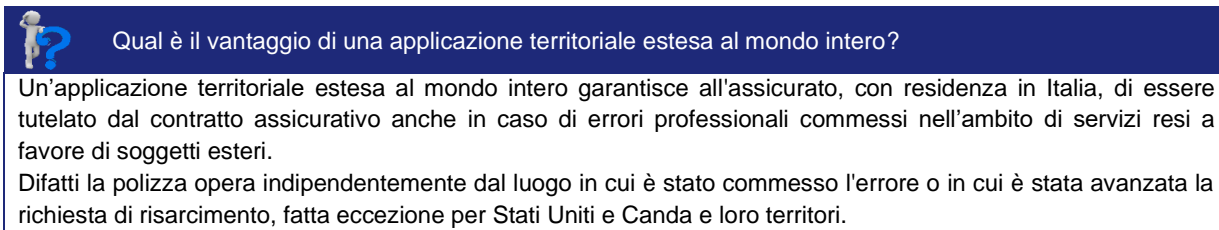
a meno che nei casi a. e b. il CONTRAENTE chieda agli ASSICURATORI l'applicazione della POSTUMA secondo quanto disciplinato al punto 6.3 che precede, versando la relativa integrazione di PREMIO.

Il LIMITE DI INDENNIZZO, indipendentemente dal numero delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO notificate nella POSTUMA, non può superare il LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA.



7. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

Fermi i termini, limiti, condizioni ed esclusioni la POLIZZA copre le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** originate da **ERRORI commessi ovunque nel mondo, fatta eccezione per le RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate e/o gli ERRORI commessi negli USA o in Canada e loro rispettivi territori.**



8. TUTELA LEGALE - COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

8.1	PREMESSA	<p>La gestione dei sinistri è affidata alla Società D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA, di seguito denominata D.A.S., alla quale l'Assicurato può rivolgersi utilizzando i seguenti recapiti telefonici:</p> <p style="text-align: center;">DALL'ITALIA: al numero verde 800 833 800</p> <p style="text-align: center;">DALL'ESTERO: al numero +39 02 2412 8693</p> <p><i>Oppure tramite l'indirizzo di posta elettronica: sinistri@das.it utilizzabile sia per l'invio di nuove denunce, sia per l'inoltro di successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro.</i></p> <p>Per ricevere informazioni e consulenza circa la copertura Protezione legale è attivo il numero verde 800 533 533 per le chiamate dall'Italia, e il numero +39 045 839 27 23 per le chiamate dall'estero.</p>
-----	----------	---

8.2 TUTELA LEGALE BASE PROFESSIONISTI

8.2.1	ASSICURATI E FORMA DELLA GARANZIA	<p>Qualora riportata in polizza la garanzia "Tutela Legale Base Professionisti", e pagato il relativo premio, gli assicurati devono intendersi: il Libero professionista, i Dipendenti iscritti a libro matricola, i familiari del professionista che collaborano nella professione e tutti gli altri collaboratori del Contraente.</p>
8.2.2	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>Avvalendosi di D.A.S. per la gestione dei sinistri, TUA, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale convenuto indicato in polizza, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nell'ambito dell'attività svolta dal Contraente/Assicurato indicata in polizza per:</p> <p>a) sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi;</p> <p>b) sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;</p> <p>c) sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti dolosi, comprese le violazioni in materia fiscale e amministrativa, <i>purché gli Assicurati vengano prosciolti o assolti con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo (art. 530 comma 1, Cod. Proc. Pen.); sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa. Fermo restando l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il caso assicurativo nel momento in cui ha inizio il procedimento penale, TUA anticiperà al Contraente/Assicurato le spese legali fino ad un massimo di 5.000 euro in attesa della definizione del giudizio. Nei casi in cui il giudizio si concluda con sentenza diversa da assoluzione, proscioglimento e/o derubricazione del reato da doloso a colposo, TUA richiederà al Contraente/Assicurato il rimborso di tutti gli oneri eventualmente anticipati per la difesa in ogni grado di giudizio. La prestazione opera in deroga all'Art. 8.2.3 punto 2) e 6).</i></p> <p>I casi assicurativi di cui sopra vengono garantiti anche relativamente</p>

all'immobile, ad uso dell'attività riportata in polizza, ove ha sede il Contraente/Assicurato (*intendendosi per tale lo Studio associato, la Società di Professionisti o l'Associazione professionale indicata in polizza, o qualora riportato in polizza il solo Libero professionista, quest'ultimo*).

Gli oneri di cui sopra sono:

- d) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo;
- e) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'assicurato, o di transazione autorizzata da D.A.S. ai sensi del successivo Art. 12.2 comma 4;
- f) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purchè scelti in accordo con D.A.S. ai sensi del successivo Art. 12.2 comma 5;
- g) le spese processuali nel processo penale (art. 535 cod. proc. pen.);
- h) le spese di giustizia;
- i) il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima**.

É garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 12.1 comma 3.

L'assicurato è tenuto a:

j) regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;

k) ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

8.2.3 ESCLUSIONI

Le garanzie previste dall'Art. 8.2.2, vengono prestate nell'ambito dell'attività indicata in polizza, con esclusione:

- 1) **per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;**
- 2) **in materia fiscale ed amministrativa;**
- 3) **per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive, o conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale;**
- 4) **per vertenze concernenti diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva, concorrenza sleale, rapporti tra soci e/o amministratori di società;**
- 5) **per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;**
- 6) **per fatti dolosi delle persone assicurate salvo quanto previsto all'Art. 8.2.2 lettera c);**
- 7) **per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;**
- 8) **per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli;**
- 9) **per fatti relativi a fusioni, modificazioni, trasformazioni societarie;**
- 10) **per controversie relative a prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal Contraente/Assicurato nell'esercizio della sua attività;**
- 11) **per contratti di compravendita di immobili;**
- 12) **limitatamente alla lettera b) dell'Art. 8.3 - per le controversie**

relative alla compravendita, permuta di immobili e alla loro costruzione ex novo; in quest'ultimo caso restano escluse le controversie relative a contratti di appalto, fornitura e posa in opera di materiali;

- 13) *per controversie relative all'affitto d'azienda;*
- 14) *per controversie relative a contratti di leasing immobiliare;*
- 15) *per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto, relativi o funzionali allo svolgimento dell'attività principale dichiarata in polizza dal Contraente/Assicurato;*
- 16) *per vertenze nei confronti di agenti e/o rappresentanti;*
- 17) *per controversie derivanti dall'esercizio della professione medica e di operatore sanitario;*
- 18) *per vertenze contro TUA o D.A.S..*
- 19) *per vertenze con le società mandanti;*
Inoltre, TUA non si assume il pagamento di:
- 20) *multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;*
- 21) *spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali (art. 541 cod. proc. pen.).*

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

Sono comunque esclusi i casi coperti dalle garanzie di cui agli Artt. 8.3, 8.4.1, 8.4.1 e 8.6.1.

8.3 CONTROVERSIE (valida solo se richiamata in Polizza e pagato il premio della sezione)

8.3.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>Ad integrazione della garanzia "Tutela Legale Base Professionisti", ferme le esclusioni di cui all'Art. 8.2.3 in quanto compatibili, TUA assicura la Tutela Legale alle persone assicurate per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sostenere controversie individuali di lavoro con i propri dipendenti iscritti regolarmente nel libro unico del lavoro; b) sostenere controversie relative alla proprietà e/o locazione dell'immobile ove ha sede il Contraente/Assicurato; c) sostenere controversie per inadempienze contrattuali, proprie o di controparte, relativamente a forniture di beni o prestazioni di servizi commissionate e/o ricevute dal Contraente/Assicurato, sempreché il valore in lite sia superiore a 200 euro. <p><i>Le prestazioni di cui al presente articolo valgono esclusivamente per il Contraente/Assicurato (intendendosi per tale lo Studio associato, la Società di Professionisti o l'Associazione professionale indicata in polizza, o qualora riportato in polizza il solo Libero professionista, quest'ultimo).</i></p>
-------	------------------------	--

8.4 SICUREZZA (valida solo se richiamata in Polizza e pagato il premio della sezione)

8.4.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>Ad integrazione della garanzia "Tutela Legale Base Professionisti", ferme le esclusioni di cui all'Art. 8.2.3 in quanto compatibili, TUA assicura la Tutela Legale al Contraente/Assicurato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) sostenere la difesa nei procedimenti penali per delitti colposi e/o contravvenzioni; b) sostenere la difesa in procedimenti penali per omicidio colposo e/o lesioni personali colpose (artt. 589 – 590 Codice Penale); c) proporre opposizione e/o impugnazione avverso i provvedimenti amministrativi, le sanzioni amministrative non pecuniarie e le sanzioni amministrative pecuniarie di importo
-------	------------------------	--

determinato in misura non inferiore a 250 euro.

Ad eccezione dei Legali Rappresentanti, *gli assicurati sono garantiti se ed in quanto dipendenti del Contraente.*

Tali garanzie valgono nei casi di contestazione d'inosservanza degli obblighi ed adempimenti di cui alle seguenti disposizioni normative e/o regolamentari:

- 1) *D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*

Le garanzie vengono prestate al Contraente a tutela dei diritti dei propri addetti, in qualità di:

- **Responsabile dei lavori;**
- **Coordinatore per la progettazione;**
- **Coordinatore per l'esecuzione dei lavori;**
- **Legali Rappresentanti;**
- **Dirigenti;**
- **Preposti;**
- **Medico Competente;**
- **Responsabili dei Servizi di Prevenzione;**
- **Lavoratori Dipendenti.**

Le garanzie valgono anche qualora il Contraente, in relazione all'attività esercitata, rivesta la qualifica di Committente dei lavori ai sensi del D.Lgs 81/08.

La presente garanzia opera in parziale deroga all'Art. 8.2.3 punto 2) per la materia amministrativa.

- 2) *D.Lgs 193/07 Relativo ai controlli in materia di sicurezza alimentare*
La presente garanzia opera in parziale deroga all'Art. 8.2.3 punto 2) per la materia amministrativa.

- 3) *D.Lgs. 152/06 – Codice dell'ambiente e successive modifiche ed integrazioni*
La presente garanzia opera in parziale deroga all'Art. 8.2.3 punto 2) per la materia amministrativa e in deroga all'Art. 8.2.3 punto 7).

- 4) *D.Lgs n.196/03 - Tutela della Privacy.*
Le garanzie vengono prestate per le spese sostenute dagli Assicurati relativamente ai casi assicurativi che siano connessi allo svolgimento di attività previste dal D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003; si intendono per Assicurati:
- **il Titolare, ai sensi dell'art. 28 del D.Lgs 196/03,**
 - **i Responsabili e gli Incaricati del trattamento dipendenti del Contraente designati per iscritto ai sensi degli art. 29 e 30 del D.Lgs. 196/03.**

Garanzie:

Le garanzie vengono prestate a condizione che siano adempiuti, quando previsti, gli obblighi relativi alla notificazione del trattamento all'Autorità Garante ai sensi dell'art. 37 e ss. del D.Lgs. 196/03 e valgono per:

- **Difesa Penale:** sostenere la difesa in procedimenti penali per delitti colposi, dolosi e per contravvenzioni previsti dal D. Lgs. n. 196/03. Le spese per la difesa penale a seguito di imputazione per delitto doloso verranno rimborsate da TUA/D.A.S. nel solo caso di assoluzione, esclusi i casi di estinzione del reato, successivamente al passaggio in giudicato della sentenza. La presente garanzia opera in deroga all'Art. 8.2.3 punto 6);
- **Difesa Amministrativa:** sostenere la difesa dinanzi al Garante nel caso di reclami, segnalazioni e ricorsi;
- **Difesa Civile:** sostenere la difesa avanti le competenti Autorità giurisdizionali nel caso in cui siano adempiuti gli obblighi dell'Assicuratore di responsabilità civile ai sensi dell'art. 1917 Codice Civile.

La presente garanzia opera in parziale deroga all'Art. 8.2.3 punto 2) per la materia amministrativa.

5) *D.Lgs 231/2001*

Le garanzie previste dall'Art. 8.2.2 vengono prestate, in deroga all'Art. 8.2 "Assicurati" e all'Art. 8.2.3 punto 2), per le spese sostenute:

- dall'Azienda Contraente per la difesa nei procedimenti di accertamento di illeciti amministrativi derivanti da reato di cui al D.Lgs 231/01;
- dai soggetti di cui all' art. 5 del D.Lgs. 231/01, anche se non dipendenti dell'Azienda Contraente, per la difesa nei procedimenti penali per delitti colposi previsti dal D.Lgs 231/01. Per i delitti dolosi le garanzie valgono per come descritte all' Art. 8.2.2 lettera c).

8.5 SPESE DI RESISTENZA *(valida solo se richiamata in Polizza e pagato il premio della sezione)*

8.5.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>Ad integrazione della garanzia "Tutela Legale Base Professionisti", ferme le esclusioni di cui all'Art. 8.2.3 in quanto compatibili, TUA assicura la Tutela Legale al Contraente per sostenere controversie per resistere alle pretese di risarcimento avanzate da terzi nei confronti degli Assicurati per fatti illeciti di questi ultimi.</p> <p>La prestazione opera, esclusivamente in presenza di polizza di responsabilità civile relativa all'esercizio dell'attività/professione indicata nella presente polizza per la quale sia stato corrisposto dall'Assicurato il relativo premio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dopo l'esaurimento di ciò che è dovuto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza su fattispecie coperte dalla polizza di responsabilità civile. In tal caso la garanzia non opera per le spese legali e/o peritali per l'accertamento tecnico preventivo antecedente l'intervento della compagnia assicuratrice della responsabilità civile; - in primo rischio qualora, dopo aver attivato la polizza di responsabilità civile, la stessa non sia operante nel merito (ossia non copra la fattispecie denunciata perché non è oggetto di copertura, o perché espressamente esclusa, o perché il danno è di importo inferiore alla franchigia prevista nella polizza di responsabilità civile) oppure sia stata rigettata la chiamata in causa dell'assicuratore di responsabilità civile che copre il danno, ma non le spese legali per la resistenza, perché non ne ha interesse. In tal caso la garanzia non opera nel caso in cui: <ul style="list-style-type: none"> a) l'assicuratore di responsabilità civile copra il danno, ma non le spese legali per la resistenza alla richiesta di risarcimento (a titolo esemplificativo: per violazione del patto di gestione lite), salvo il caso di rigetto della chiamata in causa dell'assicuratore di responsabilità civile per mancanza di interesse dello stesso;
-------	------------------------	---

- b) **la polizza di responsabilità civile non sia attivabile per mancato pagamento del premio e/o adeguamento dello stesso;**
 c) **il sinistro sia stato denunciato all'assicuratore di responsabilità civile oltre i termini di prescrizione.**

In ogni caso, l'operatività della presente garanzia è subordinata al riscontro dell'assicuratore di responsabilità civile in merito alla copertura del sinistro di responsabilità civile.

8.6 REVISORE/SINDACO/AMMINISTRATORE *(valida solo se richiamata in Polizza e pagato il premio della sezione)*

8.6.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	Ad integrazione della garanzia "Tutela Legale Base Professionisti", ferme le esclusioni di cui all'Art. 8.2.3 in quanto compatibili, TUA assicura la Tutela Legale al Contraente/Assicurato (il singolo professionista che lavora per conto del Contraente) qualora lo stesso svolga anche l'incarico di Revisore dei Conti, Sindaco o Amministratore di società.
-------	------------------------	--

8.7 RETROATTIVITA' *(valida solo se indicato SI nell'apposita voce in Polizza e pagato il premio della sezione)*

8.7.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>In deroga al 3° comma, punti c) e d), dell'Art. 8.20, le garanzie (qualora operanti) di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agli Artt. 8.2.2 lettere b) e c) (Tutela Legale Base per la difesa penale) e 8.5.1 lettera b) (Sicurezza per la difesa penale): operano retroattivamente per imputazioni penali colpose, contravvenzionali e dolose, per fatti avvenuti fino a 5 anni anteriormente alla data di decorrenza della presente polizza, sempre che l'assicurato abbia conoscenza di essere sottoposto ad indagine successivamente alla stipula della polizza. - all'Art. 8.4.1 (Spese di Resistenza): operano retroattivamente per resistere alle pretese di risarcimento avanzate da terzi nei confronti dei assicurati per fatti illeciti di questi ultimi posti in essere anteriormente alla data di decorrenza della presente polizza, sempre che l'assicurato abbia conoscenza, solo successivamente alla stipula della polizza, della pretesa di risarcimento avanzata da terzi. <p>Qualora il Contraente o l'Assicurato abbiano sottoscritto precedente polizza di Tutela Legale (anche con altra compagnia) che preveda la denuncia dei sinistri entro l'anno/i successivo/i alla cessazione del contratto, il Contraente e l'Assicurato si impegneranno a denunciare i sinistri insorti precedentemente alla stipula del presente contratto, alla Compagnia presso la quale era assicurato in precedenza.</p>
-------	------------------------	--

8.8 NORME COMUNI ALLA SEZIONE

8.8.1	PRESTAZIONI GARANTITE E SOGGETTI ASSICURATI	Le garanzie previste dalla presente sezione vengono prestate a favore dell'assicurato nell'ambito dell'attività o professione svolta indicata in polizza. Nel caso di controversie fra assicurati con la stessa polizza le garanzie vengono prestate unicamente a favore dell'assicurato-contraente.
-------	---	---

- 8.8.2 **INSORGENZA DEL CASO ASSICURATIVO**
- Ai fini della presente sezione, per insorgenza del caso assicurativo si intende:*
- a) *per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;*
 - b) *per la garanzia di cui all'Art. 8.5.1(Sicurezza):*
 - 8.2) *il compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo e/o contabile;*
 - 8.2.2) *il momento in cui l'assicurato abbia cominciato a violare le norme di legge, nel caso di procedimento penale per omicidio colposo e/o lesioni personali colpose;*
 - c) *per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.*
- In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.*
- La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:*
- d) *durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;*
 - e) *trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.*
- La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.*
- Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:*
- f) *vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;*
 - g) *procedimenti penali a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.*
- In tale ipotesi la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.*
- 8.8.3 **ESTENSIONE DEL PERIODO DI GARANZIA**
- Le garanzie della presente sezione si estendono ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati a TUA o ad D.A.S., nei modi e nei termini dell' Art. 12.1, entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso.*

8.8.4	ESTENSIONE TERRITORIALE	<p>Per le vertenze contrattuali previste nella copertura l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati nella Repubblica Italiana, nella Città Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.</p> <p>In tutte le altre ipotesi l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori</p>
-------	----------------------------	--

9. DANNI INDIRETTI DA INFORTUNIO

9.1	OGGETTO DELL' ASSICURAZIONE	<p>Se l'infornio, subito dall'assicurato nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza o nel tempo libero, ed <i>indennizzabile a termini di polizza</i>, ha per conseguenza una temporanea o totale sospensione dell'attività lavorativa, TUA si obbliga a rimborsare le spese generali fisse documentabili e realmente sostenute dall'assicurato, nel limite dell'importo mensile indicato in polizza (alla voce somma assicurata) e per un massimo di 12 mesi che decorrono dalla scadenza del 30° giorno successivo a quello dell'infornio. I primi 30 giorni dalla data di infornio non saranno pertanto indennizzabili.</p> <p>La garanzia opera anche nel caso in cui l'assicurato non possa più riprendere definitivamente la propria attività.</p> <p><i>Qualora l'assicurazione sia prestata per una collettività di assicurati (ad es. i diversi professionisti di uno Studio Associato), in caso di infornio che coinvolga soltanto uno o alcuni dei professionisti, l'indennità massima indennizzabile per ciascun assicurato sarà definita dividendo la somma indicata in polizza per il numero dei componenti lo Studio Associato (o la collettività di assicurati) al momento del sinistro e comunque per un numero non superiore a cinque, anche se lo Studio Associato (o la collettività di assicurati) risulterà composto da un numero superiore di persone. Resta fermo che la somma assicurata mensile indicata in polizza rappresenta la massima esposizione in caso di infornio di tutti gli assicurati.</i></p> <p><i>In caso di sospensione parziale dell'attività lavorativa l'indennità dovuta per tale periodo viene riconosciuta al 50%.</i></p>
9.2	PRECISAZIONI SULL'OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA	<p>La garanzia opera per infornio subiti in occasione degli eventi assicurati (di cui all'Art. 9.) anche se derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) colpa grave dello stesso; b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva; c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; d) stato di guerra, dichiarata e non, e di insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace; e) movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni o eruzioni vulcaniche sempre che l'assicurato sia rimasto vittima degli eventi all'estero. <p>Inoltre l'assicurazione opera qualora gli eventi assicurati (di cui all'Art. 9.) derivino da:</p> <ul style="list-style-type: none"> f) asfissia non dipendente da malattia; g) avvelenamento acuto o da lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze; h) annegamento, assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione; i) infornio sofferti in stato di malore o incoscienza;

- j) affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- k) lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo. La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;
- l) ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali);
- m) infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione da infortunio, contemporaneamente al prodursi della stessa.

9.3

LE ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- 1) gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;
- 2) gli infortuni occorsi sotto l'influenza di sostanze psicoattive (alcolici, stupefacenti, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;
- 3) gli infortuni subiti alla guida di mezzi di locomozione aerei e quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei diversi dai regolari voli di linea;
- 4) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;
- 5) gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è comunque compreso l'infortunio:
 - occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;
 - subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta, e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;
- 6) gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari;
- 7) il lavoro in cave (anche a cielo aperto) e miniere; il lavoro subacqueo o in mare aperto;
- 8) le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;
- 9) gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- 10) le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;
- 11) le persone affette da sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson;

12) *gli infortuni o qualsiasi evento conseguente o riconducibile alle seguenti infermità: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.*

9.4	PRATICA DI SPORT	<p>Sono altresì esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;</i> 2) <i>sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);</i> 3) <i>sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;</i> 4) <i>alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano immersioni subacquee con autorespiratore, speleologia.</i>
-----	------------------	---

9.5 NORME COMUNI ALLA SEZIONE

9.5.1	ESTENSIONE TERRITORIALE	L'assicurazione opera per il mondo intero ed esclusivamente per assicurati che abbiano la propria dimora in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
9.5.2	RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA	Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.

10. INFORTUNI AVVOCATI

10.1	PERSONE NON ASSICURABILI	<p>Non sono assicurabili, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope, ad eccezione dei farmaci psicotropi assunti a scopo terapeutico), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.</p> <p>L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.</p> <p>È fatto salvo quanto previsto dall'Art. 10.5.2 qualora sottoscritte le relative partite.</p> <p>Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza.</p>
------	-----------------------------	--

10.2 MORTE

10.2.1	MORTE PER INFORTUNIO	Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde la somma assicurata indicata in polizza ai beneficiari o, in
--------	-------------------------	---

difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'assicurato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata. **A restituzione avvenuta, l'assicurato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di polizza, per altri casi eventualmente assicurati.**

10.2.2 GRAVE LUTTO

Commorienza dei genitori - Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge non legalmente separato, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100%, **a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%).**

Atti dolosi alla persona o al patrimonio - A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 25%.

Il massimo esborso a carico di TUA, per gli indennizzi supplementari previsti dal presente articolo, non potrà superare, anche in caso di più polizze infortuni stipulate con TUA, l'importo per evento e, complessivamente per la presente partita per ogni assicurato, indicati quale limite di indennizzo all'Art. 15..

Le prestazioni previste dal presente articolo non sono cumulabili.

10.3 INVALIDITA' PERMANENTE

10.3.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo, **sulla base della somma assicurata indicata in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, TUA corrisponde la somma assicurata;
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
amputazione di:	
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- una falange dell'alluce	2,5%
ernia addominale da sforzo ed ernie traumatiche solo nel caso in cui non siano operabili	max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastragalica	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
un occhio	25%

ambidue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- b1) nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed in proporzione alla funzionalità perduta;
- b2) nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- b3) nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella di cui sopra o alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore totale del 100%.

10.3.2	FRANCHIGIA	<p>Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 3% sul grado di invalidità permanente accertato; 2) sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 5% sul grado di invalidità permanente accertato; 3) sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 10% sul grado di invalidità permanente accertato.
10.3.3	INVALIDITA' PERMANENTI GRAVI	In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% della totale, non si applicano le franchigie dell'articolo che precede, mentre in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.
10.3.4	TABELLA INAIL	Qualora indicato in polizza SI nella casella "INAIL", si conviene che a deroga della tabella prevista dall'Art. 10.3.1 lettera b), l'invalidità permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con esclusione delle modifiche intervenute successivamente all'approvazione della stessa ed in particolare deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000 n. 38, che abbiano sostituito detta tabella. TUA rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge medesima, ma con applicazione, per la determinazione dell'indennizzo, dei criteri di liquidazione e della franchigia previsti nelle presenti condizioni generali di assicurazione.
10.3.5	INVALIDITA' PERMANENTE MAGGIORATA	<p>A deroga dell'Art. 10.3.2 e 10.3.3, qualora indicato in polizza "maggiorata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla franchigia riportata in polizza:</p> <p>Tabella A – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 3%;</p> <p>Tabella B – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 5%;</p> <p>Tabella C – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 10%.</p>
10.3.6	INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA ASSORBIBILE	<p>A deroga dell'Art. 10.3.2 e 10.3.3, qualora indicato in polizza "assorbibile" nella casella "Franchigia", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla percentuale di franchigia riportata in polizza:</p> <p>Tabella D – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 3% assorbibile;</p> <p>Tabella E – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 5% assorbibile;</p> <p>Tabella F – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 10% assorbibile.</p>
10.3.7	INVALIDITÀ PERMANENTE LIQUIDATA CON TABELLA IPM	A deroga dell'Art. 10.3.2 e 10.3.3, qualora indicato in polizza "tabella IPM" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella tabella G – Invalidità permanente da malattia.

- 10.3.8 INVALIDITÀ PERMANENTE SOPRAVVALUTATA
- Fermo quanto disposto dall'Art. 10.3.2, qualora indicato in polizza "sopravvalutata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente tra quelle indicate nella tabella prevista dall'Art. 10.3.1 lettera b) vengono modificate come indicato nella tabella H – Invalidità permanente da infortunio sopravvalutata.**
- L'applicazione di tale tabella comporta l'abrogazione di quanto disposto dall'Art. 10.3.3 - Invalidità permanenti gravi.**
- 10.3.9 INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA ASSOLUTA
- A parziale deroga dell'Art. 10.3.2 e 10.3.3, qualora indicato in polizza "assoluta" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente, salvo maggiore franchigia comunque prevista dal citato Art. 10.3.2.**
- In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.**
- 10.3.10 INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA RELATIVA
- A parziale deroga dell'Art. 10.3.2 e 10.3.3, qualora indicato in polizza "relativa" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo senza applicazione di alcuna franchigia.**
- In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.**
- 10.3.11 DECESSO ANTERIORE ALL'INDENNIZZO
- Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.**
- Tuttavia, **fermo quanto previsto dall'Art. 14.2**, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.

10.4 INABILITÀ TEMPORANEA

- 10.4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
- Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, TUA liquida l'indennità convenuta indicata in polizza:
- al 100% per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere all'attività professionale dichiarata in polizza;
 - al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato ha in parte potuto attendere alle attività dichiarate in polizza.
- In ogni caso a decorrere dal 50° giorno successivo a quello in cui inizia l'erogazione della prestazione, l'indennità per inabilità totale e parziale è aumentata del 50%, con il massimo di 150 euro al giorno.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta **per ogni sinistro e per anno assicurativo** per il periodo massimo di giorni indicato in polizza nella casella "giorni" e fino ad avvenuta guarigione. **In caso di ernie addominali da sforzo operabili l'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 15 giorni.**

Il conteggio dei giorni, anche ai fini della franchigia di cui all'Art. D. 10.4.2, decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato a termini di polizza ovvero, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia.

10.4.2 FRANCHIGIA BASE

L'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:

- 1) se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi: non viene applicata alcuna franchigia, pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;
- 2) se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 5 giorni: a partire dal 6° giorno di inabilità (franchigia assoluta 5 giorni);
- 3) in tutti gli altri casi: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni).

10.4.3 INABILITÀ TEMPORANEA CON FRANCHIGIA ASSOLUTA

In deroga dell'articolo che precede, si conviene che l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:

- 1) **qualora in polizza sia indicato "venti" nella casella "franchigia":**
 - **se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi:** non viene applicata alcuna franchigia, **pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;**
 - **se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 10 giorni: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni);**
 - **in tutti gli altri casi: a partire dal 21° giorno di inabilità (franchigia assoluta 20 giorni);**
- 2) **qualora in polizza sia indicato "trenta" nella casella "franchigia":**
 - **se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi:** non viene applicata alcuna franchigia, **pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;**
 - **se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 15 giorni: a partire dal 16° giorno di inabilità (franchigia assoluta 15**

- giorni);
 - **in tutti gli altri casi: a partire dal 31° giorno di inabilità (franchigia assoluta 30 giorni).**

10.5 RIMBORSO SPESE DI CURA

10.5.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza TUA assicura **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale** il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute, **nei 200 giorni successivi all'infortunio**:

- a) **Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**
- a1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
 - a2) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - a3) rette di degenza;
 - a4) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
 - a5) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera)**;
 - a6) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Il rimborso viene riconosciuto fino al limite di indennizzo indicato all'Art. 15.;

- a7) tickets relativi alle prestazioni che precedono.
 Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.
- b) **Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**
 Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera)**. **Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto indicato all'Art. 15.**

- c) **Cure e protesi dentarie da infortunio:**
- c1) cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
 - c2) protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite di indennizzo indicato all'Art. 15..

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", TUA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

10.5.2 GARANZIE SPECIALI

Qualora prevista in polizza la garanzia "Rimborso spese di cura", indipendentemente dalla somma assicurata con la stessa, sono rese operanti le seguenti "Garanzie speciali":

Contagio da H.I.V

A parziale deroga dell'Art.1.18, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue, o di emoderivati, **resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, TUA corrisponde un indennizzo pari al limite indicato all'Art. 15..**

Sostegno alle vittime di violenze fisiche

Se a seguito di violenza fisica perpetrata da parte di terzi sull'assicurata/o, quest'ultima/o dovesse subire un infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguente ricorso a cure psicoterapiche, TUA assicura il rimborso di tali spese effettivamente sostenute, **nei 200 giorni successivi all'infortunio e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino al limite di indennizzo indicato all'Art. 15. in aggiunta alla somma assicurata** indicata in polizza per la garanzia "Rimborso spese di cura", senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto, **purchè:**

- **la violenza abbia comportato un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;**
- **sia stata fatta la denuncia alle autorità competenti.**

Danno estetico da infortunio per violenza fisica

Ai fini della garanzia di cui al precedente Art. 10.5, in caso di danno estetico a seguito di infortunio indennizzabile determinato da violenza fisica perpetrata da terzi, i limiti di indennizzo e la somma assicurata indicata in polizza si intendono raddoppiati.

10.6 CLAUSOLE PARTICOLARI

10.6.1 GARANZIA KEY-MAN

Qualora indicato SI nella casella "Garanzia Key-man" sulla polizza, è reso operante quanto segue:

Fermo l'indennizzo liquidabile all'assicurato a termini di polizza, si conviene che al contraente sarà corrisposto un indennizzo, distinto da quello liquidabile all'assicurato, in caso di infortunio che comporti:

- la morte dell'assicurato, ai sensi dell'Art. 10.2, o
- una invalidità permanente non inferiore al 60%, ai sensi dell'Art. 10.3.1.

L'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione alla percentuale indicata in polizza.

Essendo la presente garanzia stipulata dal contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a esso possa derivare da infortuni subiti dall'assicurato, si conviene che, relativamente a questa specifica garanzia:

- i rapporti fra TUA e gli assicurati si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre **la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del contraente;**
- l'indennità liquidata sarà versata unicamente al contraente che ne

rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per TUA. **Il contraente si impegna a sollevare TUA, in quanto solvente, da ogni eventuale pretesa che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione a questa specifica garanzia;**

- l'assicurato, con la firma **della scheda di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi alle garanzie**, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenuto.

10.6.2 FRANCHIGIA
SCALARE PER
INVALIDITÀ
PERMANENTE

Nel caso in cui sia resa operante la garanzia “Invalidità permanente”, di cui all’Art. 3.1.1 e seguenti, **e non sia stata acquistata dall’assicurato, né con la presente polizza né con altra polizza stipulata con TUA, la garanzia “Inabilità Temporanea”, di cui all’Art. 10.4 e seguenti, a parziale deroga dell’Art. 10.3.2 punto 1), qualora indicato in polizza “scalare” nella casella “Franchigia”,** si conviene che sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l’indennizzo viene erogato anche per le seguenti percentuali di invalidità permanente accertata come di seguito:

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0,3
2	0,6
3	0,9

10.7.1 NORMECOMUNI ALLA SEZIONE

10.7.2 LE ESTENSIONI

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- a) colpa grave dello stesso;
- b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) stato di guerra, dichiarata e non, **per il periodo massimo di 14 giorni dall’inizio delle ostilità**, se ed in quanto l’assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all’estero in uno Stato sino ad allora in pace;
- e) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, sempre che l’assicurato sia rimasto vittima degli eventi all’estero. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie “Morte” e “Invalidità permanente” qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all’Art. 15.. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all’Art. 15..**

Inoltre l’assicurazione comprende:

- f) l’asfissia non dipendente da malattia;
- g) l’avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- h) l’annegamento, l’assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- i) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- j) le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- k) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie,

salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se prevista in polizza. **La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;

l) le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente;

m) **le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione da infortunio, contemporaneamente al prodursi della stessa. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte,** con limite di indennizzo indicato all'Art. 15.. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. 15..

10.7.3 LE ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;**
- 2) **gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;**
- 3) **gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- 4) **gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;**
- 5) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- 6) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è comunque compreso l'infortunio:**
 - **occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;**
 - **subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;**
- 7) **gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;**
- 8) **gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto), miniere o in lavori subacquei o in mare aperto;**
- 9) **gli infortuni durante la guida o l'uso (salvo che in qualità di passeggero) di aerei e di mezzi subacquei;**
- 10) **gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man,**

astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplosivi;

- 11) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;*
- 12) *le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;*
- 13) *le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione, salvo quanto previsto dall'Art. 10.23 lettera d);*
- 14) *le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.*
- 15) *gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, salvo quanto previsto dall'Art. 10.5.2.*

10.7.4 PRATICA DI SPORT

La garanzia opera per infortuni, subiti in occasione degli eventi assicurati, durante la pratica di:

- a) *alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (non in solitaria), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano immersioni subacquee con autorespiratore (purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea o sotto la guida dell'istruttore subacqueo per l'ottenimento del brevetto), speleologia (purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura), esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente", se previste. Le altre garanzie di polizza non sono rese operative per tali sport;*
- b) *baseball, basket, calcio, volley, pallamano, sport equestri, canoa e kajak, ciclismo e mountain bike (fatto salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto), sci da discesa e snowboard, per la garanzia "Indennità da ricovero", se prevista, opera per ricoveri che abbiano comportato almeno due pernottamenti. Per le altre garanzie di polizza, opera secondo quanto indicato da ciascuna.*

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- 1) *sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;*
- 2) *sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo – deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);*
- 3) *sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;*
- 4) *alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in*

solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.

- 10.7.5 ESTENSIONE TERRITORIALE L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**
- 10.7.6 RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA **Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.**

SEZIONE C

11. RC PROFESSIONALE - COSA FARE IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O IN CASO DI CIRCOSTANZA

PREMESSA

Premesso che la gestione dei sinistri è affidata da TUA a: DUAL Italia S.p.A. con sede e Direzione Generale in Via S. Maria Fulcorina, 20 – 20125 Milano, Telefono: 02.72.080.597 Fax: 02.72.080.592, iscritta nella sezione A del R.U.I. al n. A000167405 e soggetta al controllo dell'IVASS (già ISVAP), in seguito denominata Dual; ogni comunicazione prevista dal contratto e/o dalla legge relativa alla gestione dei sinistri (a titolo esemplificativo, denuncia di sinistro, invio documentazione, interruzione dei termini prescrizionali, richieste di chiarimenti, ecc.) inviata a Dual si intenderà come inviata a TUA. Allo stesso modo, ogni comunicazione inviata da Dual all'Assicurato relativa alla gestione del sinistro si intenderà come effettuata da TUA e produttiva di tutti gli effetti di legge e previsti dal contratto

- 11.1 COSA, QUANDO E COME COMUNICARE AGLI ASSICURATORI L'ASSICURATO - **a pena di decadenza del diritto all'INDENNIZZO** - deve dare agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, **comunicazione scritta entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza di:**
- **qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO** a lui presentata durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA;
- qualsiasi CIRCOSTANZA** di cui l'ASSICURATO venga a conoscenza durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA, che possa dare adito ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO.

Relativamente al punto (ii) se tale comunicazione viene effettuata dall'ASSICURATO agli ASSICURATORI nel PERIODO DI ASSICURAZIONE, qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO conseguente è considerata dagli ASSICURATORI come effettuata nel PERIODO DI ASSICURAZIONE.

La denuncia di CIRCOSTANZA e/o di RICHIESTE DI RISARCIMENTO deve contenere dettagliate informazioni sugli eventi, il nome della controparte, la natura dell'ERRORE commesso dall'ASSICURATO ed una quantificazione indicativa della PERDITA.

- 11.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO **L'ASSICURATO non deve ammettere responsabilità** in relazione a RICHIESTE DI RISARCIMENTO o **concordarne l'entità oppure sostenerne COSTI E SPESE senza il consenso scritto degli ASSICURATORI.**
- I legali e i periti scelti dall'ASSICURATO** per la gestione di una

11.3 GESTIONE DELLA
RICHIESTA DI
RISARCIMENTO

RICHIESTA DI RISARCIMENTO devono essere preventivamente approvati dagli ASSICURATORI.

L'ASSICURATO deve fornire agli ASSICURATORI tutte le informazioni e deve cooperare così come gli ASSICURATORI possono ragionevolmente richiedere.

In caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'ASSICURATO si impegna a non pregiudicare la posizione degli ASSICURATORI od i diritti di rivalsa/surrogazione dei medesimi.

Gli ASSICURATORI possono assumere la gestione o la difesa della lite se e fino a quando ne hanno interesse.

Gli ASSICURATORI non possono definire transattivamente alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO senza il consenso scritto dell'ASSICURATO.

Qualora l'ASSICURATO rifiuti di acconsentire ad una transazione suggerita dagli ASSICURATORI e scelga di impugnare o continuare i procedimenti legali in relazione ad una RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'obbligo risarcitorio degli ASSICURATORI per tale RICHIESTA DI RISARCIMENTO non può eccedere l'importo con cui la RICHIESTA DI RISARCIMENTO avrebbe potuto altrimenti essere definita inclusi COSTI E SPESE maturati con il loro consenso fino alla data di tale rifiuto, e comunque non oltre il LIMITE DI INDENNIZZO o il SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO ove previsto.

Nel caso in cui una RICHIESTA DI RISARCIMENTO risulti solo parzialmente assicurata dal presente contratto, gli ASSICURATORI e l'ASSICURATO si impegnano a cercare un accordo amichevole su quanto sia coperto o meno dalla presente POLIZZA. Sulla base di questo accordo, gli ASSICURATORI indennizzano la parte della PERDITA assicurata.

COSTI e SPESE per professionisti ai sensi della presente POLIZZA non possono eccedere le somme risultanti dai parametri minimi previsti dalle disposizioni di legge e di regolamento in vigore applicabili, parametrati sulla RICHIESTA DI RISARCIMENTO e, se superiore, sul LIMITE DI INDENNIZZO, salvo diverso accordo con gli ASSICURATORI.

I COSTI e le SPESE, come previsto all'articolo 1917 del Codice Civile, sono dovuti nei limiti del 25% del LIMITE DI INDENNIZZO indicato nella SCHEDA DI POLIZZA e sono corrisposti in aggiunta allo stesso. Detti COSTI e SPESE non sono soggetti all'applicazione di alcuna SCOPERTO O FRANCHIGIA.

Non sono considerate COSTI e SPESE le attività di investigazione, monitoraggio e perizia sostenute dagli ASSICURATORI.

Nel caso in cui, ai sensi dell'art. 1917 comma II del Codice Civile, l'ASSICURATO chieda di liquidare la RICHIESTA DI RISARCIMENTO direttamente al TERZO, quest'ultimo ha diritto a ricevere dagli ASSICURATORI l'integrale INDENNIZZO della PERDITA subita e non gli sono opponibili FRANCHIGIA e SCOPERTO; in tali casi è obbligo dell'ASSICURATO versare agli ASSICURATORI contestualmente alla firma dell'atto di quietanza e comunque non oltre 15 giorni dall'avvenuto pagamento dell'INDENNIZZO quanto anticipato dagli ASSICURATORI a titolo di FRANCHIGIA o SCOPERTO.

Valutata la PERDITA, verificata l'operatività della POLIZZA e ricevuta la necessaria documentazione, **gli ASSICURATORI provvedono al pagamento di quanto loro compete entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di liquidazione consensuale tra le parti debitamente firmato.**

- 11.4 COSA SUCCEDE QUANDO GLI ASSICURATORI PAGANO L'INDENNIZZO IN BASE ALLA POLIZZA: LA SURROGAZIONE E LA RESPONSABILITÀ SOLIDALE
- Per ogni pagamento effettuato a termini della presente POLIZZA gli ASSICURATORI si surrogano nei diritti dell'ASSICURATO verso i terzi responsabili fino alla concorrenza delle somme pagate. In tal caso, l'ASSICURATO deve firmare tutti i necessari documenti e deve fare tutto quanto è necessario per non pregiudicare tali diritti, ivi inclusa la sottoscrizione degli atti che consentano agli ASSICURATORI di agire legalmente in luogo dell'ASSICURATO.

In caso di responsabilità solidale dell'ASSICURATO con altri soggetti, gli ASSICURATORI rispondono di tutto quanto dovuto dall'ASSICURATO, fermo il diritto di regresso/surrogazione nei confronti degli altri obbligati in via solidale.

12. TUTELA LEGALE - DENUNCIA E GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO

- 12.1 DENUNCIA DEL CASO ASSICURATIVO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE
- Il contraente o l'assicurato deve immediatamente denunciare a TUA (rivolgendosi preferibilmente all'agenzia che ha in carico il contratto) o ad D.A.S. qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.***
- In ogni caso deve fare pervenire a TUA o ad D.A.S., notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.***
- L'assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo a TUA o ad D.A.S. contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.***
- Se l'assicurato non fornisce tale indicazione, TUA o D.A.S. lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'assicurato deve conferire mandato.***
- L'assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con TUA o D.A.S..
- 12.2 FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA
- Se l'assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:***
- a) ***informare immediatamente TUA o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;***
- b) ***conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.***
- 12.3 GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO
- Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, D.A.S. si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
- Ove ciò non riesca, se le pretese dell'assicurato risultino fondate e sostenibili sulla base di una preliminare valutazione scritta concordata tra D.A.S. ed il legale scelto a norma dell'Art. 12.1, la pratica verrà affidata a detto legale.
- La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione risulti fondata e sostenibile sulla base di una valutazione concordata tra D.A.S. ed il legale incaricato.
- L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di D.A.S..***
- L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere***

viene concordata con D.A.S..

D.A.S. così come TUA, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'assicurato e TUA o D.A.S., la decisione può essere demandata, fermo il diritto dell'assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

TUA avverte l'assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

12.4 RECUPERO DI SOMME

Spettano integralmente all'assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece ad D.A.S., che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

13. DANNI INDIRECTI DA INFORTUNI - DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

13.1 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, **deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.**

Con la denuncia del sinistro, sarà richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

I certificati medici attestanti la sospensione dell'attività lavorativa devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Nel caso in cui l'assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

- 13.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ
- TUA indennizza le sole 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. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.***
- 13.3 VALUTAZIONE DEL DANNO ED OPERAZIONI PERITALI
- Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti. Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro. L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali. Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo. Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio 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. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.***
- 13.4 MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO
- Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.***

14. INFORTUNI AVVOCATI - DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

- 14.1 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
- Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.*
- Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.*
- Per la garanzia "Invalidità permanente" alla denuncia **deve far seguito la seguente documentazione:**
- *certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;*
 - *certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;*
 - *copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.*
- Per la garanzia "Inabilità temporanea", *i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Nel caso in cui l'assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.*
- Per la garanzia "Rimborso spese di cura", *TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:*
- *intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;*
 - *accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.*
- Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.*
- Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.
- 14.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ
- TUA indennizza le sole 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. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

14.3 ATTIVITÀ DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA

Fermo quanto disciplinato dagli Artt. A.1, A.6 e A.7, si stabilisce che qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata con copertura rischi 24 ore o professionale:

- ***l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;***
- ***l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella seguente tabella se la diversa attività o la diversa classe di veicolo aggravano il rischio:***

		Attività dichiarata in polizza				
		Classi attività	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	70%	100%	100%	100%	
	3	53%	75%	100%	100%	
	4	42%	59%	78%	100%	

tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella I - "Classificazione delle attività".

14.4 VALUTAZIONE DEL DANNO ED OPERAZIONI PERITALI

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio 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. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

14.5 ANTICIPO DEGLI
INDENNIZZI

Qualora, sulla base della documentazione acquisita:

- per la garanzia **“Invalidità permanente”**: la percentuale di invalidità permanente da infortunio stimata da TUA sia pari o superiore al 15%;
- per la garanzia **“Inabilità temporanea”**: il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata da TUA sia superiore a 180 giorni;

verrà riconosciuto, **su richiesta scritta dell'assicurato**, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo stabilito da TUA.

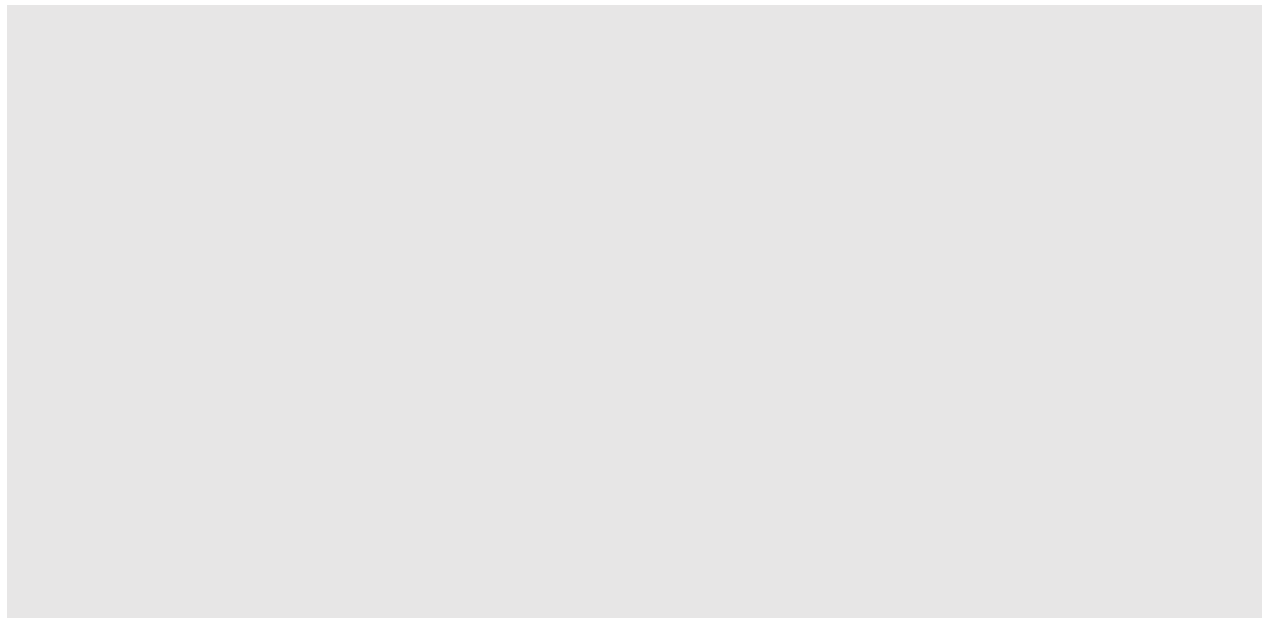
Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità previste dalle suddette garanzie.

Qualora a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'Inabilità temporanea accertata in via definitiva, dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di “Anticipo degli indennizzi” previsto dal presente articolo, TUA avrà il diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

14.6 MODALITÀ DI
PAGAMENTO
DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.



INFORTUNI - LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI

15. LIMITI DI
INDENNIZZO,
FRANCHIGIE
E SCOPERTI

Di seguito vengono riportati i limiti di indennizzo, scoperti e franchigie per le garanzie sopra descritte, qualora non direttamente riportate sul simlo di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
10.2.2	Grave lutto	Limite di indennizzo: 200.000 euro per evento, 600.000 euro complessivamente per l'intera partita (artt. 10.2 e 10.2.2) per ogni assicurato
10.3.2	Invalità Permanente - Franchigia Base	Franchigia assoluta: 1) sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata: 3% 2) sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata: 5% 3) sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata: 10%
10.4.2	Inabilità Temporanea – Franchigia Base	Franchigia assoluta: 0 giorni per il caso di ricovero in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi Franchigia assoluta: 5 giorni per il caso di rilascio di prognosi di pronto soccorso per almeno 5 giorni Franchigia assoluta: 10 giorni per gli altri casi
10.5 – lettera a6)	Rimborso spese trasporto sanitario	Limite di indennizzo: 5% della somma assicurata per anno
10.5 – lettera b)	Rimborso spese cura senza ricovero o intervento (accertamenti diagnostici, esami, ecc)	Scoperto: 20% della spesa documentata, con il minimo di 100 euro per sinistro
10.5 – lettera c)	Cure e protesi dentarie	Limite di indennizzo: 30% della somma assicurata
10.5.2	Contagio da HIV	Limite di indennizzo: 10.000 euro
10.5.2	Sostegno alle vittime di violenze fisiche	Limite di indennizzo: 3.000 euro (per anno assicurativo) in aggiunta al limite di indennizzo della garanzia "Rimborso spese di cura"
10.23 – lettera e	Morte ed IP a seguito di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente
10.23 – lettera m	Morte ed IP a seguito di infezioni (escluso HIV)	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella A - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 3%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	13	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	1	17	17	30	40	43	79
5	2	18	18	31	43	44	82
6	3	19	19	32	46	45	85
7	4	20	20	33	49	46	88
8	5	21	22	34	52	47	91
9	6	22	24	35	55	48	94
10	7	23	26	36	58	49	97
11	8,5	24	28	37	61		
12	10	25	30	38	64	da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato
13	11,5	26	32	39	67		

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella B - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 5%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	13	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	0	17	17	30	40	43	79
5	0	18	18	31	43	44	82
6	1	19	19	32	46	45	85
7	2	20	20	33	49	46	88
8	3	21	22	34	52	47	91
9	4	22	24	35	55	48	94
10	5	23	26	36	58	49	97
11	7	24	28	37	61		
12	9	25	30	38	64	da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato
13	11	26	32	39	67		

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella C - Invalidità permanente da infortunio maggiorata franchigia 10%

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	14	12	27	34	40	70
2	0	15	15	28	36	41	73
3	0	16	16	29	38	42	76
4	0	17	17	30	40	43	79
5	0	18	18	31	43	44	82
6	0	19	19	32	46	45	85
7	0	20	20	33	49	46	88
8	0	21	22	34	52	47	91
9	0	22	24	35	55	48	94
10	0	23	26	36	58	49	97
11	3	24	28	37	61		
12	6	25	30	38	64	da 50 a 100	Doppio del grado di IP accertato
13	9	26	32	39	67		

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella D - Invalidità permanente da infortunio franchigia 3% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	1	19	19	34	48	49	78
5	2	20	20	35	50	50	80
6	3	21	22	36	52	51	82
7	4	22	24	37	54	52	84
8	5	23	26	38	56	53	86
9	6	24	28	39	58	54	88
10	7	25	30	40	60	55	90
11	8,5	26	32	41	62	56	92
12	10	27	34	42	64	57	94
13	11,5	28	36	43	66	58	96
14	13	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella E - Invalidità permanente da infortunio franchigia 5% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	0	19	19	34	48	49	78
5	0	20	20	35	50	50	80
6	1	21	22	36	52	51	82
7	2	22	24	37	54	52	84
8	3	23	26	38	56	53	86
9	4	24	28	39	58	54	88
10	5	25	30	40	60	55	90
11	7	26	32	41	62	56	92
12	9	27	34	42	64	57	94
13	11	28	36	43	66	58	96
14	13	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella F - Invalidità permanente da infortunio franchigia 10% assorbibile

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0	16	16	31	42	46	72
2	0	17	17	32	44	47	74
3	0	18	18	33	46	48	76
4	0	19	19	34	48	49	78
5	0	20	20	35	50	50	80
6	0	21	22	36	52	51	82
7	0	22	24	37	54	52	84
8	0	23	26	38	56	53	86
9	0	24	28	39	58	54	88
10	0	25	30	40	60	55	90
11	3	26	32	41	62	56	92
12	6	27	34	42	64	57	94
13	9	28	36	43	66	58	96
14	12	29	38	44	68	59	98
15	15	30	40	45	70	da 60 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella G - Invalidità permanente da malattia

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
fino a 24	nessun indennizzo	34	21	45	43	56	68
		35	23	46	45	57	71
25	5	36	25	47	47	58	74
26	6	37	27	48	49	59	77
27	7	38	29	49	51	60	80
28	9	39	31	50	53	61	83
29	11	40	33	51	55	62	86
30	13	41	35	52	57	63	89
31	15	42	37	53	59	64	92
32	17	43	39	54	62	65	95
33	19	44	41	55	65	da 66 a 100	100

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella H - Invalidità permanente da infortunio sopravvalutata

Perdita totale, anatomica o funzionale:	%
Del braccio o della mano	100%
Del pollice	60%
Della falange del pollice	40%
Dell'indice	60%
Della falange dell'indice	40%
Del medio	30%
Della falange del medio	20%
Dell'anulare	15%
Del mignolo	15%
Percentuale massima per la perdita totale del pollice, indice e medio di una mano o di due delle dita anzidette	80%
Della facoltà visiva di un occhio	50%
Della facoltà auditiva di ambedue le orecchie	75%
Della facoltà auditiva di un orecchio	20%

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto

Tabella I – Classificazione delle attività (per le garanzie infortuni - 24 ore o professionale)

La tabella riporta la classificazione delle attività identificate con un numero progressivo da 1 a 2 in relazione al crescente grado di rischio, in base al quale è stato valutato il rischio. Le attività assicurabili, ferme le esclusioni, si distinguono secondo quanto segue:

Codice	Classe rischio	Descrizione rischio
1-015	1	Avvocato o procuratore legale
2-061	2	Impiegato amministrativo con mansioni esterne
1-046	1	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)
2-062	2	Impiegato con mansioni anche all'esterno

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto