

TUA Professione Incarichi Pubblici

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. PROIPB 2 ED.3/2024, comprensive di glossario, sono parte integrante del Set In-formativo unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni MOD. PROIPB DIP ED.5/2023;
- DIP aggiuntivo MOD. PROIPB DIP AGG ED.7/2024.

Data di aggiornamento: 17/07/2024

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: UN'UTILE GUIDA ALLA COMPrensIONE DEL TESTO

I termini riportati nella POLIZZA o nella SCHEDA 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 SCHEDA 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 SCHEDA DI POLIZZA ed i suoi COLLABORATORI. 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, passati, presenti e futuri, 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: <ul style="list-style-type: none">i. verificatisi per ragioni politiche, religiose oppure altre ragioni; e/oii. diretti a rovesciare o influenzare un governo; e/oiii. 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:	<ul 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, apprendista, stagista, 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 la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO.
ERRORE:	qualsiasi atto colposo, azione od omissione posta in essere con negligenza, imperizia e imprudenza dall'ASSICURATO 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.
INCARICO:	l'incarico, il mandato, la nomina, il pubblico impiego e le responsabilità assunti dall'ASSICURATO presso l'ENTE, a seguito di un conferimento formale e/o di mandato, indicati nella SCHEDA DI POLIZZA.

Gli INCARICHI sono suddivisi nei settori indicati nella tabella che segue.

SETTORE	INCARICHI
A1 Amministrativo – apicale	Sindaco, Vicesindaco, Presidente, Vicepresidente, Segretario, Vicesegretario, Direttore (Generale, operativo, finanziario, ecc), Prefetto, Viceprefetto, Commissario, Vicecommissario, , Dirigente (Generale, di livello non generale, giudiziario, amministrativo, legale, ecc), Funzionario (ufficio amministrativo, legale, polizia municipale ecc.), Dirigente/ Direttore Legale/Funzionario/Quadro/ Responsabile iscritto all'Elenco Speciale annesso all'Albo degli Avvocati, Responsabile (ufficio amministrativo, polizia municipale ecc)
A2 Amministrativo – non apicale	Assessore, Consigliere, PO (posizione organizzativa amministrativa), Istruttore Direttivo, Dipendente (ufficio amministrativo, polizia municipale ecc, legale iscritto all'Elenco Speciale annesso all'Albo professionale degli Avvocati), Capoufficio
T1 Tecnico – apicale	Direttore (Generale, operativo, ecc), Dirigente (Generale, di livello non generale, ecc), Funzionario, Quadro, Responsabile
T2 Tecnico – non apicale	PO (posizione organizzativa tecnica), Istruttore Direttivo, Dipendente, Capoufficio

- INDENNIZZO:** la somma dovuta dagli ASSICURATORI ai sensi della presente POLIZZA.
- 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.
- MALATTIE INFETTIVE:** qualsiasi malattia o patologia causata da infezione, presenza e crescita di agenti biologici patogeni in un essere umano o in altro ospite animale, inclusi in via esemplificativa ma non limitativa qualsiasi batterio, virus, muffa, fungo, parassita o altro vettore e i cui agenti biologici o le cui tossine sono direttamente o indirettamente trasmesse a individui infetti attraverso il contatto fisico con una persona contagiosa, il consumo di alimenti o bevande contaminati, il contatto con fluidi corporei contaminati, il contatto con oggetti contaminati, l'inalazione, il morso da parte di un animale, insetto o zecca infetti, o con altri mezzi.

La definizione di MALATTIE INFETTIVE include altresì, a titolo meramente esemplificativo, la patologia coronavirus 2019 (COVID-19) o qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

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.
PERDITA:	<ol style="list-style-type: none"> i. l'obbligo di risarcimento dei danni derivante da sentenze di condanna passate in giudicato, lodi arbitrate 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:	<p>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.</p> <p>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 (se concessa) in conseguenza di ERRORI commessi o che si presuma siano stati commessi entro detto periodo di RETROATTIVITÀ.</p> <p>I LIMITI DI INDENNIZZO in aggregato indicati nella SCHEDA DI POLIZZA non s'intendono in alcun modo incrementati per effetto della RETROATTIVITÀ.</p>



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:

- i. 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;
- ii. 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:

- i. un unico **LIMITE DI INDENNIZZO**;
- ii. 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.

SOCIETÀ: qualsiasi società di capitali di diritto privato, con sede in Italia, di cui lo Stato o altro ENTE PUBBLICO detiene una partecipazione che può essere totalitaria, di maggioranza o di minoranza.

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

TERZO:

qualsiasi soggetto, persona fisica e/o giuridica 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 diretto 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 bene la cui custodia sia stata affidata all'ASSICURATO dai clienti di quest'ultimo.

SEZIONE A – CONDIZIONI GENERALI

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

- | | | |
|-----|---|---|
| A.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> |
| A.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> |
| A.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> |
| A.4 | <p>ONERI FISCALI</p> | <p>Gli oneri fiscali relativi alla POLIZZA sono a carico del CONTRAENTE.</p> |
| A.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> |

- A.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.**
- A.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.
- A.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).
- A.9 COMUNICAZIONI RELATIVE ALLA POLIZZA Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.
- A.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.
- A.11 LEGGE APPLICABILE Per tutto quanto non è diversamente regolato nella presente POLIZZA si applica la legge italiana.
- A.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.**
- A.13 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI Nel caso in cui la SOCIETÀ sia a partecipazione pubblica gli ASSICURATORI si assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 136 del 13 agosto 2010 e successive modificazioni e/o integrazioni.
- Gli ASSICURATORI si obbligano a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura – ufficio territoriale del Governo della provincia cui appartiene la stazione appaltante – dell'inadempimento della eventuale propria controparte contrattuale (subappaltatore - subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

- A.14 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.
- A.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 rifiuta di firmare il relativo verbale.**
- A.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.
- A.17 DURATA: La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le parti al momento della stipulazione dell’assicurazione e viene indicata in polizza.
- A.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.
- A.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. B.5.1 lettera d), che si intendono prevalenti sulle disposizioni dei commi del presente articolo.

A.20 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.

A.21 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".

A.22 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" 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.

A.23 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 – RC PROFESSIONALE

B.1. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

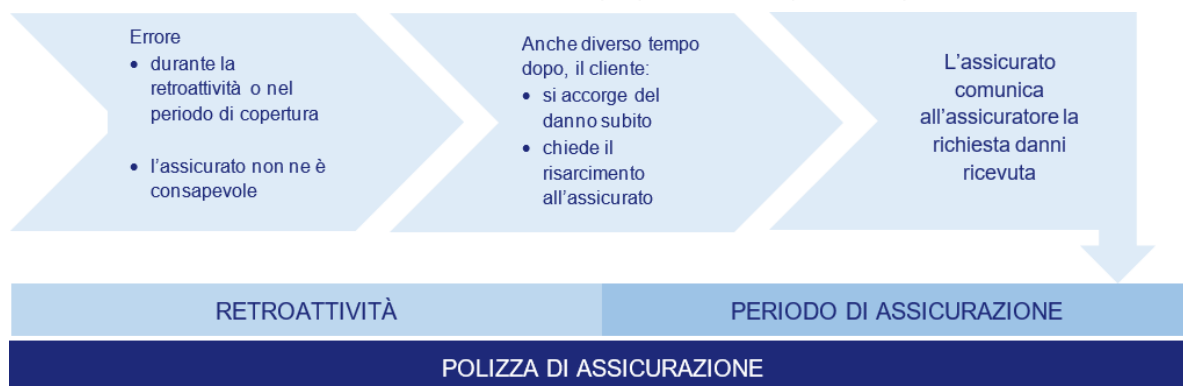
B.1.1	OGGETTO DELLA POLIZZA - <i>ALL RISKS</i> PER INCARICHI PRESSO ENTI PUBBLICI	<p>Con riferimento agli INCARICHI presso ENTI PUBBLICI e a fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA:</p> <ul style="list-style-type: none"> della quale sia tenuto a rispondere quale civilmente responsabile, a seguito di un ERRORE involontariamente commesso nello svolgimento dell'INCARICO; cagionata a titolo di responsabilità amministrativa, contabile ed erariale nei confronti dell'ENTE (cosiddetta “<i>colpa grave</i>”) e accertata con sentenza della Corte dei Conti.
B.1.2	OGGETTO DELLA POLIZZA PER INCARICHI PRESSO SOCIETA'	<p>Con riferimento agli INCARICHI presso SOCIETA' e a fronte del pagamento del PREMIO convenuto, gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA cagionata a titolo di responsabilità amministrativa, contabile ed erariale (c.d. “<i>colpa grave</i>”) accertata con sentenza della Corte dei Conti.</p>
B.1.3	CLAUSOLA <i>CLAIMS MADE</i> : COPERTURA DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO	<p>La POLIZZA è prestata nella forma <i>Claims Made</i>, 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 (se concessa).</p>
B.1.4	LE CIRCOSTANZE	<p>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 (se concessa) e relative ad ERRORI commessi durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o durante la RETROATTIVITÀ.</p> <p>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 (se concessa).</p>



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.

B.1.5 RESPONSABILITA' RIPARTITA TRA PIU' SOGGETTI Qualora, in relazione al medesimo ERRORE, una RICHIESTA DI RISARCIMENTO sia rivolta oltre che nei confronti dell'ASSICURATO anche nei confronti di altri soggetti, **la POLIZZA opera entro il limite massimo di € 5.000.000 qualora i soggetti corresponsabili siano assicurati in base ad altre polizze stipulate per il tramite di TUA Assicurazioni Spa**

B.2 COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI - CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

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

- B.2.1 ESTENSIONE D. Lgs 81/2008
- Se l'ASSICURATO ricopre INCARICHI nei settori A1 e/o A2, gli ASSICURATORI si obbligano a tenerlo indenne di ogni PERDITA derivante da ERRORI commessi nell'ambito del D. Lgs. n° 81 del 09.04.2008 e successive modifiche.
- La garanzia opera a parziale deroga dell'esclusione DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI ed è prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di:**
- i. **€ 250.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato annuo** per INCARICHI di dirigente scolastico e nel settore Medico / Paramedico e/o Sanitario
 - ii. **€ 500.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato annuo** per tutti gli altri INCARICHI nei settori A1 e/o A2.
- La garanzia non opera per qualsiasi azione di rivalsa, della Responsabilità Civile Operai e/o prestatori di lavoro, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente copertura.**
- B.2.2 COPERTURA DELL'ASSICURATO CON MANSIONI TECNICHE
- Se l'ASSICURATO ricopre INCARICHI nei settori T1 e/o T2 gli ASSICURATORI si obbligano a tenerlo indenne di ogni PERDITA conseguente:
- i. a qualsiasi **INCARICO di natura tecnica presso l'ENTE;**
 - ii. a qualsiasi **INCARICO svolto ai sensi D.Lgs. n° 81 del 09/04/2008 e successive modifiche;**
 - iii. a qualsiasi **DANNO CORPORALE E DANNO MATERIALE** riconducibile agli INCARICHI stessi, **a parziale deroga dell'esclusione DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI;**
 - iv. a qualsiasi INCARICO relativo a consulenza ecologica ed ambientale, delle fonti di inquinamento (emissioni, acque reflue e fanghi, rifiuti, rumore), del verde industriale (impatto paesaggistico ed ambientale, aree verdi, giardini, verde anti-rumore), **a parziale deroga dell'esclusione INQUINAMENTO**
- A titolo di esempio, sono INCARICHI tecnici:
- validazione progetti, così come previsto dal D.Lgs 50/2016 e successive modifiche;
 - Responsabile Unico del Procedimento ai sensi di quanto previsto dalla legge, dai regolamenti e dai testi unici vigenti;
 - progettazione preliminare, definitiva, esecutiva; direzione lavori;
 - progettazione e pianificazione in materia urbanistica e ambientale; responsabile dei lavori;
 - coordinatore per la progettazione; coordinatore per l'esecuzione dei lavori;
 - datore di lavoro e/o responsabile del servizio di prevenzione e protezione.
- Per INCARICHI svolti ai sensi D.Lgs. n° 81 del 09/04/2008, e successive modifiche nell'ambito del settore medico, paramedico, sanitario e/o veterinario la garanzia è prestata con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO di € 500.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato annuo.
- La garanzia non opera per qualsiasi azione di rivalsa, della Responsabilità Civile Operai e/o prestatori di lavoro, la quale si intende quindi esplicitamente esclusa dalla presente copertura.**
- B.2.3 LEVATA PROTESTI
- Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA derivante dall'attività di Levata Protesti.

B.2.4	INCARICHI PRECEDENTEMENTE E SVOLTI	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA derivante dallo svolgimento degli INCARICHI svolti nel PERIODO DI RETROATTIVITA' presso qualsiasi ENTE PUBBLICO e/o SOCIETA' .
-------	--	--

Come opera la copertura degli incarichi precedentemente svolti?

Oltre ad essere coperto per gli incarichi indicati nella scheda di polizza, svolti al momento della sottoscrizione del contratto o assunti in corso di polizza, l'assicurato è coperto anche per i medesimi incarichi svolti e cessati prima della stipula durante il periodo di retroattività, indipendentemente dall'ente pubblico e/o società a partecipazione pubblica.

Esempio:

- l'assicurato è dipendente amministrativo del comune A e segretario del comune B
- sottoscrive la polizza con retroattività illimitata
- 5 anni fa ha ricoperto le mansioni di dipendente amministrativo del comune C e l'incarico è cessato 2 anni prima della stipula del contratto
- 7 anni fa è stato segretario del comune D e l'incarico è durato 3 anni
- l'incarico presso il comune C e quello presso il comune D sono automaticamente coperti dalla polizza perché identici a quelli svolti dall'assicurato al momento della sottoscrizione del contratto.

B.2.5	INCARICHI ASSUNTI DURANTE IL PERIODO DI ASSICURAZIONE	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA derivante dallo svolgimento di nuovi INCARICHI assunti durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE , anche presso ENTI diversi da quelli indicati nella SCHEDA DI POLIZZA
B.2.6	MULTE, AMMENDE E SANZIONI INDIRETTE	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA derivante da o attribuite a multe, ammende e sanzioni inflitte a terzi, compresi gli enti pubblici e delle quali l'ASSICURATO sia chiamato a rispondere a causa di un ERRORE/OMISSIONE cagionato da un accertato comportamento gravemente colposo.
B.2.7	DISTACCAMENTO	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA derivante dallo svolgimento di INCARICHI presso altri ENTI PUBBLICI distaccati disposti dall'ENTE .
B.2.8	DIRIGENTI DI FATTO	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO per le mansioni dirigenziali svolte ai sensi degli ex artt. 107 -109 del TUEL e successive modifiche.

B.3 CONDIZIONI AGGIUNTIVE 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:

B.3.1	INCARICHI CESSATI NELLA RETROATTIVITA'	Gli ASSICURATORI si obbligano a tenere indenne l'ASSICURATO di ogni PERDITA conseguente a RICHIESTE DI RISARCIMENTO riconducibili ad ERRORI commessi nello svolgimento di qualsiasi incarico cessato durante la RETROATTIVITA' , purché ricompreso tra quelli previsti nella tabella alla definizione di INCARICO.
-------	--	---

La garanzia è operante **con un SOTTOLIMITE DI INDENNIZZO pari ad di € 100.000 per ogni RICHIESTA DI RISARCIMENTO ed in aggregato**

annuo e non opera in caso di licenziamento, revoca del mandato e/o commissariamento dell'ente presso il quale è stato svolto l'incarico.

Come opera la copertura degli incarichi cessati nella retroattività?

La polizza copre automaticamente gli incarichi indicati nella scheda di copertura, quelli assunti successivamente alla stipula del contratto e i medesimi incarichi svolti nel periodo di retroattività presso qualsiasi ente e/o società a partecipazione pubblica. Su richiesta e dietro pagamento di un premio aggiuntivo l'assicurato può estendere la copertura a qualsiasi incarico cessato nella retroattività.

Esempio:

- l'assicurato è dipendente amministrativo del comune A e segretario del comune B
- sottoscrive la polizza con retroattività illimitata ed è automaticamente coperto per gli incarichi di amministrativo e segretario presso i comuni A e B
- 6 anni fa è stato sindaco del comune C e l'incarico è cessato 3 anni prima della stipula del contratto
- 3 anni fa è stato consigliere del comune E e l'incarico è cessato 1 anno prima della stipula del contratto

l'assicurato attiva l'estensione *incarichi cessati nella retroattività* e la copertura viene estesa agli incarichi di sindaco e consigliere presso i comuni C ed E.

B:4 COPERTURA DELL'AVVOCATO - Iscritto nell'elenco speciale annesso all'albo degli avvocati (D.M. 22 settembre 2016 e successive modifiche)

Le garanzie che seguono operano ad integrazione della Sezione B.1 - COPERTURA DELL'ASSICURATO.

B.4.1 COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

B.4.1.	OGGETTO DELLA POLIZZA - ALL RISKS	<p>A maggior chiarimento dell'articolo OGGETTO DI POLIZZA – ALL RISKS della Sezione B – COPERTURA DELL'ASSICURATO, si precisa che nel caso in cui l'ASSICURATO sia iscritto nell'elenco speciale annesso all'albo degli avvocati, le attività coperte a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'attività di rappresentanza e difesa dinanzi all'autorità giudiziaria o per arbitrati, tanto rituali quanto irrituali; • gli atti ad essa preordinati, connessi o consequenziali, come ad esempio l'iscrizione a ruolo della causa o l'esecuzione di notificazioni; • la consulenza od assistenza stragiudiziali; • la redazione di pareri o contratti.
--------	-----------------------------------	---

B.4.2 COSA ASSICURIAMO ULTERIORMENTE E A QUALI CONDIZIONI

B.4.2 CONDIZIONI SEMPRE OPERANTI

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

B.4.2.1	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>
---------	----------------------------	---

B.4.2.2	DOLO DI SOGGETTI DI CUI L'ASSICURATO DEBBA RISPONDERE	<p>Gli ASSICURATORI rispondono delle RICHIESTE DI RISARCIMENTO relative ad atti dolosi commessi dai 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>
B.4.2.3	RESPONSABILITA' SOLIDALE CON ALTRI SOGGETTI	<p>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.</p> <p>Fermo restando quanto stabilito all'articolo 1.5 RESPONSABILITA' RIPARTITA TRA PIU' SOGGETTI, in caso di responsabilità solidale dell'ASSICURATO con altri soggetti, gli ASSICURATORI rispondono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con riferimento alla copertura di cui all'articolo 2.1 OGGETTO DELLA POLIZZA - ALL RISKS PER INCARICHI PRESSO ENTI PUBBLICI, di tutto quanto dovuto dall'ASSICURATO, fermo il diritto di regresso/surrogazione nei confronti degli altri obbligati in via solidale; • con riferimento alla copertura di cui all'articolo 2.2 OGGETTO DELLA POLIZZA PER INCARICHI PRESSO SOCIETA', in proporzione alla quota di responsabilità direttamente riferibile all'ASSICURATO.

B.5 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

B.5.1	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.
B.5.2	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.
B.5.3	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.
B.5.4	FATTI DOLOSI E FRAUDOLENTI	frode, atto o omissione dolosa posti in essere dall'ASSICURATO, salvo quanto previsto dall'articolo DOLO DI SOGGETTI DI CUI L'ASSICURATO DEBBA RISPONDERE.
B.5.5	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.
B.5.6	DANNI CORPORALI O DANNI MATERIALI	DANNI MATERIALI e/o DANNI CORPORALI

B.5.7	RESPONSABILITA' NON CORRELATE ALL'INCARICO	responsabilità volontariamente assunte dall'ASSICURATO al di fuori del compito di ufficio o di servizio e non derivategli dalla Legge, da Statuto, Regolamenti o Disposizioni dell'ENTE.
B.5.8	INQUINAMENTO	inquinamento o contaminazione di qualsiasi tipo.
B.5.9	AMIANTO	amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto.
B.5.10	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.
B.5.11	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 costituenti rivolta o colpo di stato politico o militare, o ATTI TERRORISTICI.</p> <p>Si intendono inoltre escluse dalla presente copertura assicurativa 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>
B.5.12	FATTI RELATIVI ALLA GESTIONE DI ASSICURAZIONI	ERRORI commessi nella stipulazione, modifica o rinnovo di contratti assicurativi, riassicurativi o fidejussioni e/o cauzioni o ritardi nel pagamento dei relativi premi..
B.5.13	DEFICIT FINANZIARI/ SPESE CORRENTI	investimenti di ENTI PUBBLICI per ripianare deficit finanziari da spese correnti.
B.5.14	TERZI ESCLUSI	RICHIESTE DI RISARCIMENTO avanzate dall'ENTE, dal coniuge, dal convivente, dai genitori, dai figli o da qualsiasi altro familiare che risieda con l'ASSICURATO, nonché da persone giuridiche nelle quali l'ASSICURATO od uno o più dei precedenti soggetti ricoprano qualifiche negli organi di amministrazione o di controllo o abbiano partecipazioni o interessi diretti e/o indiretti di qualunque natura.
B.5.15	CALUNNIA, INGIURIA E DIFFAMAZIONE	calunnia, ingiuria o diffamazione.
B.5.16	RESPONSABILITA' CIVILE NELL'AMBITO DI SOCIETA' DI CAPITALI	responsabilità civile derivante da INCARICHI ricoperti presso SOCIETÀ.
B.5.17	ATTIVITA' MEDICHE / PARAMEDICHE / SANITARIE / VETERINARIE	svolgimento di qualsiasi attività medica, paramedica, sanitaria, veterinaria e/o di mancata assistenza medica o veterinaria, nonché di qualsiasi attività diagnostica, terapeutica, profilassi e di sperimentazione sui pazienti umani o animali.

- B.5.18 **SOCIETA' ESCLUSE** Incarichi detenuti presso SOCIETA':
- che svolgano attività nei seguenti settori: tabacco, amianti, rifiuti, revisione e certificazione bilanci, fondi pensione, assicurazione, sportivo professionistico, servizi finanziari (attività bancaria, di gestione del risparmio, di intermediazione mobiliare, di erogazione del credito e di leasing), telecomunicazioni, gioco d'azzardo, pornografia, armi nucleari, ospedali, cliniche sanitarie; con un totale attivo superiore ad € 50.000.000;
 - sottoposte a procedure concorsuali;
 - il cui ultimo bilancio approvato presenti una perdita (ante imposte) eccedente il 25% del patrimonio netto;
 - il cui ultimo bilancio approvato presenti un patrimonio netto negativo.
- B.5.19 **BUDGET DI SPESA** RICHIESTE DI RISARCIMENTO derivanti dall'esecuzione di lavori/ forniture in assenza della preventiva approvazione di un budget di spesa ai sensi dell'art. 191, comma 4 del TUEL.
- B.5.20 **ESCLUSIONE PER MALATTIE INFETTIVE, EPIDEMIA E PANDEMIA** violazione, vera o presunta, di disposizioni legislative, regolamenti, raccomandazioni e/o direttive emanate dalle autorità competenti (ivi incluse, ma non limitatamente a dichiarazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) in materia di sanità pubblica, MALATTIE INFETTIVE, epidemie e/o pandemie

B.6 QUANDO LA POLIZZA CESSA DI OPERARE E QUANDO SI RINNOVA

- B.6.1 CESSAZIONE Salvo l'applicabilità della POSTUMA, **ove prevista la copertura assicurativa cessa:**
- i. per l'INCARICO cessato durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE **per pensionamento, dimissioni, fine mandato;**
 - ii. **qualora tutti gli incarichi ricoperti dall'ASSICURATO cessino per pensionamento, dimissioni, fine mandato;**
- Nei 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.**
- B.6.2 DIRITTO DI RECESSO **Dopo ogni notifica di RICHIESTA DI RISARCIMENTO e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'INDENNIZZO, gli ASSICURATORI o il CONTRAENTE possono recedere con lettera raccomandata A/R o PEC dalla POLIZZA con preavviso di 90 giorni.**
- Solo in caso di esercizio del recesso da parte degli ASSICURATORI, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, è previsto il rimborso al CONTRAENTE della parte di PREMIO relativa al PERIODO DI ASSICURAZIONE pagato e non goduto, al netto dell'imposta.
- B.6.3 ESCLUSIONE DEL DIRITTO DI RECESSO Il diritto di recesso dell'ASSICURATORE **non si applica** per l'ASSICURATO iscritto all'Elenco Speciale annesso all'Albo degli Avvocati ai sensi del D.M. 22 settembre 2016 e successive modifiche.

- B.6.4 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 è automaticamente risolto senza alcuna restituzione di PREMIO, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro gli ASSICURATI per INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**
- B.6.5 PROCEDURE DI RINNOVO
- In mancanza di disdetta spedita dal CONTRAENTE o dagli ASSICURATORI entro e non oltre 60 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, la POLIZZA, di durata non inferiore ad un anno, si rinnova tacitamente di anno in anno.**
- 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).
- B.6.6 LIMITI DI APPLICAZIONE DEL TACITO RINNOVO
- Il tacito rinnovo non si applica** nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa:
- il numero complessivo degli INCARICHI sia superiore a 7;
 - l'ASSICURATO assuma INCARICHI di dirigente medico paramedico e/o sanitario.
- Nei casi sopra indicati l'ASSICURATO deve inviare una nuova richiesta di quotazione agli ASSICURATORI, sulla base della quale sono valutati i nuovi termini di rinnovo.**
- In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base degli INCARICHI noti agli ASSICURATORI **fermo restando che in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'INDENNIZZO è ridotto in proporzione all'importo pagato e al PREMIO effettivamente dovuto.**
- In caso di INCARICHI presso SOCIETA'**
- Il tacito rinnovo non si applica** nel caso in cui alla scadenza dell'annualità assicurativa:
- l'ultimo bilancio approvato della SOCIETA' presenti un Totale Attivo superiore a € 50.000.000;
 - l'ultimo bilancio approvato della SOCIETA' presenti una perdita (dopo le imposte) eccedente il 25% del patrimonio netto e/o il patrimonio netto negativo;
 - la SOCIETA' sia in stato d'insolvenza e/o venga ammessa a procedure concorsuali, ivi compresa l'amministrazione controllata e/o straordinaria e/o la liquidazione coatta amministrativa;
 - la SOCIETA' venga posta in liquidazione volontaria.
- Nei casi sopraindicati l'ASSICURATO deve dare immediata comunicazione scritta agli ASSICURATORI entro la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, tramite l'INTERMEDIARIO, inviando una nuova richiesta di quotazione sulla base della quale gli ASSICURATORI valutano gli eventuali termini del rinnovo.**
- In caso di omessa comunicazione, gli ASSICURATORI non rispondono di alcuna RICHIESTA DI RISARCIMENTO e/o CIRCOSTANZA e restituiscono l'ultimo PREMIO corrisposto, al netto delle imposte se già versate, relativo al PERIODO DI ASSICURAZIONE in cui è effettuata la notifica.**
- B.6.7 VARIAZIONE INCARICHI E
- Nel caso in cui durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE:
- l'INCARICO cambia da settore A2 a settore A1;
 - l'INCARICO cambia da settore T2 a settore T1;

REGOLAZIONE DEL PREMIO

- l'INCARICO cambia da settore A a settore T
- l'ASSICURATO deve dare comunicazione scritta agli ASSICURATORI, tramite l'INTERMEDIARIO, entro 90 giorni dopo la scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE e gli ASSICURATORI applicano un sovrappremio del 30% al PREMIO di rinnovo, emettendo una appendice di integrazione del PREMIO.**

In assenza di tale comunicazione, la POLIZZA è rinnovata sulla base degli ultimi INCARICHI noti agli ASSICURATORI, **ma in caso di RICHIESTA DI RISARCIMENTO, l'INDENNIZZO è ridotto nella proporzione esistente tra l'importo pagato e il PREMIO effettivamente dovuto.**

Nel caso in cui durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE:

- il numero di INCARICHI si sia modificato, ma resti inferiore a 7;
- l'INCARICO cambia da settore A1 a settore A2;
- l'INCARICO cambia da settore T1 a settore T2;
- l'INCARICO cambia da settore T a settore A

il PREMIO resta invariato e non è necessario trasmettere alcuna comunicazione agli ASSICURATORI



Come opera la polizza se intervengono variazioni degli incarichi?

Se gli incarichi variano durante il periodo di assicurazione la polizza si adegua automaticamente: l'assicurato deve comunicare l'avvenuta variazione solo in casi ben specifici, con conseguente necessità di regolazione del premio di rinnovo.

Esempio 1:

- l'assicurato svolge incarichi nel settore A1 (apicale amministrativo)
- cessa gli incarichi nel settore A1 e ne acquisisce nel settore A2 (amministrativo non apicale)
- il tacito rinnovo si applica: non occorre comunicare l'avvenuta variazione ed il premio non cambia.

Esempio 2:

- l'assicurato svolge incarichi nel settore T2 (non apicale tecnico)
- cessa gli incarichi nel settore T2 e ne acquisisce nel settore T1 (apicale tecnico)
- il tacito rinnovo si applica: l'assicurato deve dare comunicazione della variazione entro 90 giorni dopo la scadenza del periodo di assicurazione e gli assicuratori emettono appendice di regolazione del premio (30% dell'ultimo premio annuo lordo pagato)

Esempio 3:

- l'assicurato svolge 6 incarichi
- durante il periodo di assicurazione acquisisce ulteriori 4 incarichi, per un totale di 10 incarichi
- il tacito rinnovo non si applica: l'assicurato deve dare comunicazione della variazione entro il periodo di assicurazione, inviando una nuova richiesta di quotazione agli assicuratori.

B.7. LA POSTUMA

B.7.1 IN CASO DI DECESSO, FINE MANDATO O DIMISSIONI

Solo ed esclusivamente nei casi di decesso, fine mandato, dimissioni volontarie dell'ASSICURATO si attiva **automaticamente una POSTUMA gratuita della durata di 5 anni**, a decorrere dalla data di scadenza della POLIZZA.

Nel caso in cui l'ASSICURATO svolga più INCARICHI, la POSTUMA, di cui al presente articolo, si attiva anche per il singolo INCARICO cessato per fine mandato o dimissione volontaria dell'ASSICURATO, **fermo restando la copertura assicurativa per i restanti INCARICHI ancora in vigore.**

B.7.2 IN CASO DI
SCIoglimento /
FUSIONE /
ACQUISIZIONE /
LIQUIDAZIONE /
COMMISSARIAMENTO
DELL'ENTE

In tutti i casi di:

- scioglimento del consiglio comunale o provinciale ai sensi del D.Lgs 267/2000 Art. 141 e successive modifiche
- fusione/incorporazione dell'ENTE;
- liquidazione volontaria dell'ENTE;
- commissariamento dell'ENTE ai sensi dell'Art. 141 del D.Lgs 267/2000 e successive modifiche

l'ASSICURATO ha la facoltà di richiedere agli ASSICURATORI una POSTUMA della durata massima di 5 anni.

La concessione della POSTUMA è subordinata all'invio di una richiesta scritta agli ASSICURATORI entro e non oltre 30 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE, al consenso degli ASSICURATORI ed al pagamento di un PREMIO aggiuntivo che è determinato dagli ASSICURATORI in caso di consenso.

B.7.3 LIMITI DI
APPLICAZIONE DELLA
POSTUMA DI CUI AGLI
ARTICOLI B.7.1 E B.7.2

La POSTUMA non si attiva o cessa con effetto immediato se:

- gli ASSICURATORI esercitano la facoltà di recesso dalla POLIZZA o rifiutano il rinnovo per mancato pagamento del PREMIO o altro inadempimento dell'ASSICURATO;
- il CONTRAENTE stipula con altri assicuratori una polizza per la copertura del medesimo rischio coperto dalla POLIZZA; l'ASSICURATO, o i relativi eredi, acquista la POSTUMA presso un diverso assicuratore;
- l'INCARICO cessa per effetto di licenziamento o revoca del mandato;
- la SOCIETA' presso cui è svolto l'INCARICO è sottoposta a procedura concorsuale diversa dalla liquidazione volontaria; L'ASSICURATO riassume gli INCARICHI cessati.

Nei casi iv. e v. la POSTUMA **non si attiva esclusivamente** per l'INCARICO per il quale l'evento si è verificato e **fermo restando** quanto previsto dall'articolo IN CASO DI DECESSO, FINE MANDATO O DIMISSIONI per eventuali altri INCARICHI.

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

Durante la POSTUMA, l'ASSICURATO deve comunque attenersi a quanto disciplinato alla Sezione C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO che segue.

B.7.4 IN CASO DI
ASSICURATO ISCRITTO
NELL'ELENCO
SPECIALE ANNESSO
ALL'ALBO DEGLI
AVVOCATI

Nel caso in cui l'ASSICURATO sia iscritto nell'elenco speciale annesso all'albo degli avvocati, si attiva **automaticamente una POSTUMA gratuita della durata di 10 anni**, con effetto dalla data di scadenza della POLIZZA immediatamente successiva al decesso, al fine mandato, al pensionamento o alle dimissioni dell'ASSICURATO.

Nei casi di:

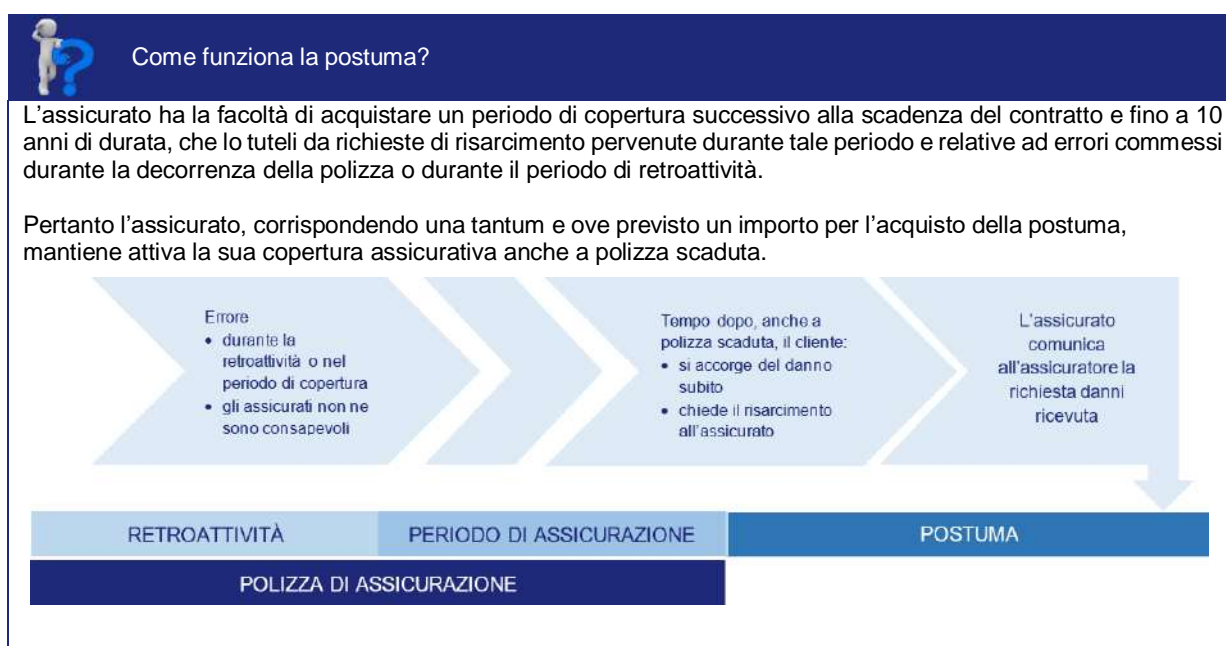
- **licenziamento;**
- **revoca del mandato;**
- **radiazione dall'Elenco Speciale annesso all'Albo degli Avvocati**

la POSTUMA non è automatica, ed è subordinata all'invio di una richiesta scritta agli ASSICURATORI entro e non oltre 30 giorni prima della scadenza del PERIODO DI ASSICURAZIONE ed al pagamento di

un **PREMIO** aggiuntivo che è determinato dagli **ASSICURATORI** in caso di consenso.

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**.

Durante la **POSTUMA**, l'**ASSICURATO** deve comunque attenersi a quanto disciplinato alla **Sezione C - LA GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO** che segue.



B.8. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

Fermi i termini, limiti, condizioni ed esclusioni, la **POLIZZA** copre le **RICHIESTE DI RISARCIMENTO** originate da **ERRORI commessi nei territori dell'Unione Europea**.

B.9. 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.

B.9.1 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:**

- i. **qualsiasi RICHIESTA DI RISARCIMENTO** a lui presentata durante il **PERIODO DI ASSICURAZIONE** o di **POSTUMA** se concessa;
- ii. **qualsiasi CIRCOSTANZA** di cui l'**ASSICURATO** venga a

conoscenza durante il PERIODO DI ASSICURAZIONE o di POSTUMA se concessa, 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.

B.9.2 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 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.

B.9.3 GESTIONE DELLA
RICHIESTA DI
RISARCIMENTO

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.

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.**

B.9.4 COSA SUCCEDE
QUANDO GLI COSA
SUCCEDE QUANDO
GLI ASSICURATORI
PAGANO
L'INDENNIZZO IN BASE
ALLA POLIZZA: LA
SURROGAZIONE

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.

SEZIONE C – TUTELA LEGALE PER DIPENDENTE PUBBLICO

PREMESSA: In relazione alla normativa introdotta dal D. Lgs. n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a: DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. con sede in Verona – Via Enrico Fermi 9/B – in seguito per brevità denominata DAS, alla quale l'Assicurato può rivolgersi utilizzando i seguenti recapiti telefonici:

DALL'ITALIA:

al numero verde

800 833 800

DALL'ESTERO:

al numero

+39 02 2412 8693

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.

C.1. COSA ASSICURIAMO E COME LO ASSICURIAMO

C.1.1	OGGETTO DELLA GARANZIA - CHE COSA È ASSICURATO	<p>C.1.1.a La Società tutela i diritti dell'Assicurato in relazione agli incarichi lavorativi svolti come dipendente dell'ente pubblico di appartenenza. La garanzia opera per:</p> <p>a. difendersi in un procedimento da danno erariale per responsabilità amministrativa - contabile e giudizio di conto;</p> <p>b. difendersi in un procedimento penale per delitto colposo o per contravvenzione; la garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;</p> <p>C.1.1.b La Società rimborsa le spese garantite se il procedimento di responsabilità amministrativa si conclude con sentenza definitiva di condanna per colpa grave e se il procedimento penale per delitto colposo o per contravvenzione si conclude con sentenza definitiva di condanna.</p>
C.1.2	LIMITI DI COPERTURA	<p>In relazione a tali eventi, TUA rimborsa le spese legali, peritali, investigative e processuali che l'assicurato debba sostenere a propria difesa, nei limiti del massimale indicato in polizza.</p> <p>TUA provvede all'anticipo delle spese legali e/o peritali, nei limiti della somma di Euro 3.000,00; in attesa della definizione del giudizio.</p>
C.1.3	QUANDO UN EVENTO È CONSIDERATO IN GARANZIA	<p>a) Un evento è considerato in garanzia se avviene dalle ore 24:00 del giorno di stipulazione del contratto.</p> <p>b) Per determinare la data in cui avviene un evento, si considera la data in cui è avvenuta la prima violazione, anche presunta, di una norma di legge.</p> <p>c) La garanzia si estende agli eventi avvenuti nel periodo di validità del contratto, ma manifestatisi entro due anni dalla sua cessazione.</p>
C.1.4	CHI È ASSICURATO	Le garanzie operano a favore del Contraente.

C.2 CHE COSA NON ASSICURIAMO: LE "ESCLUSIONI"

C.2.1 ESCLUSIONI GENERALI

La garanzia è esclusa:

C.2.1.1 per danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;

C.2.1.2 per eventi bellici, atti di vandalismo, concorrenza sleale, rapporti fra soci e/o amministratori;

C.2.1.3 per procedimenti in materia fiscale, tributaria e amministrativa, salvo quando danno luogo ad un procedimento penale o un procedimento di Responsabilità amministrativa-contabile;

- C.2.1.4 **controversie o procedimenti relativi a responsabilità assunte al di fuori della carica o comunque non direttamente conseguenti all'espletamento delle funzioni dichiarate;**
- C.2.1.5 **controversie e procedimenti riguardanti il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere irrogate direttamente all'Assicurato;**
- C.2.1.6 **per fatti dolosi dell'Assicurato;**
- C.2.1.7 **per vertenze di diritto civile in genere;**
- C.2.1.8 **se procedimento penale si conclude con sentenza definitiva diversa da condanna o se il procedimento amministrativo-contabile per danno erariale si conclude con sentenza diversa da una sentenza (ad esempio, un provvedimento di archiviazione);**
- C.2.1.9 **per incarichi che non prevedano il rapporto di lavoro subordinato, quale ad esempio una carica elettiva.**

C.2.2 QUALI SPESE NON VENGONO SOSTENUTE O RIMBORSATE - LIMITI DI COPERTURA

La Società non si fa carico delle seguenti spese:

- C.2.2.1 spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- C.2.2.2 spese, anche preventivate, non concordate con TUA, secondo le regole previste ai successivi articoli C.4.1 e C.6.2;
- C.2.2.3 spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che, per l'esecuzione dell'incarico ricevuto, deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale;
- C.2.2.4 onorari per l'intervento di ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se l'assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, TUA, oltre alle spese del legale incaricato, sostiene o rimborsa gli onorari di un legale domiciliatario fino a un massimo di 3.000,00 euro, escludendo però ogni duplicazione di onorari;
- C.2.2.5 spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'Assicurato secondo il principio di solidarietà (art. 1292 codice civile);
- C.2.2.6 il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;

C.3. AMBITO DI APPLICAZIONE TERRITORIALE DELLA POLIZZA

Le garanzie riguardano i sinistri che avvengono e devono essere trattati negli uffici giudiziari d'Italia.

C.4 CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE ASSICURIAMO

- | | | |
|-------|---|---|
| C.4.1 | QUALI REGOLE OCCORRE RISPETTARE PER AVERE DIRITTO ALLE PRESTAZIONI: I CASI DI DECADENZA | Per avere diritto alle prestazioni previste, l'Assicurato è tenuto al rispetto delle seguenti disposizioni:
a) deve denunciare il Sinistro tempestivamente e comunque entro il tempo utile per la sua difesa;
b) deve informare tempestivamente e puntualmente l'Ente di Appartenenza sull'avvio del procedimento a suo carico al fine di attivare l'eventuale beneficio del patrocinio legale;
c) deve aggiornare tempestivamente DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste;
d) prima di incaricare un legale o un perito, deve avvisare DAS e deve aver ottenuto conferma a procedere; |
|-------|---|---|

e) prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato, deve ottenere conferma a procedere da parte di DAS. Si precisa che, anche una volta ottenuta la conferma a procedere, DAS non sosterrà né rimborserà spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella.

- C.4.2 ESONERO DI RESPONSABILITÀ TUA non è responsabile dell'operato di legali e periti.
TUA non è responsabile di eventuali ritardi nell'erogazione delle prestazioni che sono stati determinati dalla mancanza di idonea documentazione a supporto delle richieste dell'Assicurato.
- C.4.3 ARBITRATO PER CONFLITTO DI INTERESSE O DISACCORDO SULLA GESTIONE DEL SINISTRO 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 è automaticamente risolto senza alcuna restituzione di PREMIO, fermo restando il diritto degli ASSICURATORI alla rivalsa contro gli ASSICURATI per INDENNIZZI già pagati e comunque per il risarcimento di ogni danno subito.**
- C.4.4 PROCEDURE DI RINNOVO In caso di conflitto di interessi o di disaccordo tra l'Assicurato e DAS sulla gestione del sinistro, sia l'Assicurato sia DAS possono chiedere di demandare la questione a un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.
L'Assicurato e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, salvo diverso accordo tra le parti.
L'arbitro decide secondo equità. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'Assicurato, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS, in linea di fatto o di diritto, può richiedere alla Società il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, nei limiti del massimale previsto.
Qualora l'Assicurato intenda in alternativa adire le vie giudiziarie, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione come previsto dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010.

C.5 QUANDO E COME DEVO PAGARE

- C.5.1 PAGAMENTO DEL PREMIO Il premio o la prima rata di premio devono essere pagati alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Agenzia che devono indicare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.
Il pagamento deve essere eseguito presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.
- C.5.2 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE L'assicurazione 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 effettivo.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive,

l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.

- C.5.3 **MEZZI PAGAMENTO DEL PREMIO**
- Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:
- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di Agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
 - ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'Agente in qualità di Agente di TUA.
 - pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 750 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.
- C.5.4 **DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE**
- TUA presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni, ai dati ed alle informazioni forniti dal Contraente/Assicurato tramite la proposta – questionario che forma parte integrante del contratto nonché di informazioni su specifiche circostanze del rischio oggetto di domande integrative da parte di TUA. Le inesattezze e le reticenze nelle dichiarazioni del Contraente/Assicurato in merito alle informazioni e/o circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile Qualora si verificano variazioni che modificano il rischio - di cui l'Assicurato/Contraente deve dare immediata comunicazione a TUA.
- C.5.5 **DURATA DEL CONTRATTO**
- In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 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 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.
- C.5.6 **FORMA DELLE COMUNICAZIONI**
- Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto
- C.5.7 **RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**
- Per l'interpretazione del contratto, delle presenti Condizioni di assicurazione come di eventuali condizioni ad esso regolarmente aggiunte in polizza dalle Parti, si dovrà far riferimento alle norme di legge vigenti.

C.6. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

- C.6.1 DENUNCIA DEL SINISTRO
- Per richiedere le prestazioni previste, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a DAS chiamando il numero verde 800 833 800, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00. DAS raccoglierà la richiesta (denuncia di Sinistro), indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia di evento accaduto, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso e rilascerà un numero identificativo della pratica. Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato, se previsto dalle vigenti norme fiscali di bollo e di registro. Per potersi validamente avvalere delle prestazioni previste, l'Assicurato dovrà far pervenire tempestivamente a DAS copia di ogni ulteriore atto o documento pervenuto successivamente alla denuncia di sinistro e ogni notizia utile alla gestione del suo caso. L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro nel momento in cui ha inizio l'azione penale o l'azione di responsabilità, o comunque nel momento in cui ha avuto notizia di coinvolgimento nell'indagine penale o amministrativa.
- C.6.2 MODALITÀ DI GESTIONE DEL SINISTRO
- Per la fase giudiziale DAS trasmette la pratica al legale designato in base alle seguenti disposizioni:
- a) l'Assicurato può indicare a DAS un legale di propria fiducia;
 - b) se l'Assicurato non fornisce il nominativo di un avvocato, DAS può individuare direttamente il legale
 - c) l'Assicurato deve conferire in ogni caso regolare mandato al legale individuato fornendo allo stesso tutte le informazioni e i documenti necessari per consentire la miglior tutela dei propri interessi;
 - d) qualora nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decida di revocare l'incarico professionale conferito ad un legale e di dare incarico a un nuovo legale, DAS non rimborserà le spese del nuovo legale riferite ad attività già svolte dal primo avvocato. Tale disposizione non si applica nel caso di rinuncia all'incarico da parte del legale;
- Nell'erogazione delle prestazioni, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutate le spese sostenute dall'assicurato, DAS entro 30 giorni:
- paga l'indennizzo;
 - comunica i motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato.
- DAS gestirà a tutti gli effetti un unico sinistro:
- a) in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo evento-fatto nei quali sia coinvolto l'Assicurato;
 - b) qualora l'evento che dà diritto alle prestazioni si protragga attraverso più violazioni successive della stessa natura.

SEZIONE D - INFORTUNI

D.1 INFORTUNI

D.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. D.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>
-----	--------------------------	---

D.2 MORTE

D.2.1	MORTE PER INFORTUNIO	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
D.2.2	GRAVE LUTTO	<p>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%).</p> <p>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%.</p> <p>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'D.9.</p> <p>Le prestazioni previste dal presente articolo non sono cumulabili.</p>

D.3 INVALIDITA' PERMANENTE

D.3.1	INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	<p>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:</p> <p>a) se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, TUA corrisponde la somma assicurata;</p> <p>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:</p>
-------	---	---

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-omerale 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 sottoastraglica		15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno		15%
un occhio		25%
ambedue gli occhi		100%
perdita anatomica di un rene		15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crisi 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%.

D.3.2 FRANCHIGIA

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- 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.***

D.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.

- D.3.4 TABELLA INAIL Qualora indicato in polizza SI nella casella “INAIL”, si conviene che a deroga della tabella prevista dall’Art. D.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.
- D.3.5 INVALIDITÀ PERMANENTE MAGGIORATA ***A deroga dell’Art. D.3.2 e D.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:***
Tabella A – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 3%;
Tabella B – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 5%;
 Tabella C – Invalidità permanente da infortunio maggiorata – franchigia 10%.
- D.3.6 INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA ASSORBIBILE ***A deroga dell’Art. D.3.2 e D.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:***
Tabella D – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 3% assorbibile;
Tabella E – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 5% assorbibile;
 Tabella F – Invalidità permanente da infortunio – franchigia 10% assorbibile.
- D.3.7 INVALIDITÀ PERMANENTE LIQUIDATA CON TABELLA IPM A deroga dell’Art. D.3.2 e D.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.
- D.3.8 INVALIDITÀ PERMANENTE SOPRAVVALUTATA ***Fermo quanto disposto dall’Art. D.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. D.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. D.3.3 - Invalidità permanenti gravi.
- D.3.9 INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA ASSOLUTA ***A parziale deroga dell’Art. D.3.2 e D.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. D.3.2.***
In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l’intera somma assicurata.

D.3.10 INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA RELATIVA

A parziale deroga dell'Art. D.3.2 e D.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.

D.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. D.8.2***, 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.

D.4 INABILITA' TEMPORANEA

D.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:

- a) al 100% per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere all'attività professionale dichiarata in polizza;
- b) 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.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.

D.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).

D.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).

D.5 RIMBORSO SPESE DI CURA

D.5.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale: <ol style="list-style-type: none"> 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'D.9.;

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'D.9.**

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'D.9.

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

D.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. A.13, 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'D.9.**

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'D.9. 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. D.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.

D.6 CLAUSOLE PARTICOLARI

D.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. D.2, o
- una invalidità permanente non inferiore al 60%, ai sensi dell’Art. D.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.

D.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. D.4 e seguenti, **a parziale deroga dell’Art. D.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

D.7.1 NORMECOMUNI ALLA SEZIONE

D.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'D.9.. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'D.9..**

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'D.9.. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'D.9..

D.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 (alcol, 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. D.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. D.5.2.*

- D.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.***
- D.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.***
- D.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.***

D.8 INFORTUNI - DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

D.8.1 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.

D.8.2 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.

D.8.3 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	1	100%	100%	100%	100%
svolta al	2	70%	100%	100%	100%
momento	3	53%	75%	100%	100%
del sinistro	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".

D.8.4 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.

D.8.5 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.

D.8.6 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
D.9 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 simplo di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
D.2.2	Grave lutto	Limite di indennizzo: 200.000 euro per evento, 600.000 euro complessivamente per l'intera partita (artt. 10.2 e D.3) per ogni assicurato
D.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%
D.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
D.10.5.1 – lettera a6)	Rimborso spese trasporto sanitario	Limite di indennizzo: 5% della somma assicurata per anno
D.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
D.10.5.1 – lettera c)	Cure e protesi dentarie	Limite di indennizzo: 30% della somma assicurata
D.10.5.2	Contagio da HIV	Limite di indennizzo: 10.000 euro
D.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"
D.7.2 – 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
D.7.2 – 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 4 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
1-046	1	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)
2-062	2	Impiegato con mansioni anche all'esterno
2-081	2	Perito, Libero Professionista (compresi Ingegnere e Geometra) occupato all'esterno
2-009	2	Architetto (anche all'esterno)
1-006	1	Architetto (solo ufficio o d'interni)
1-016	1	Commercialista, consulente del lavoro e tributarista
1-005	2	Amministratore di beni propri ed altrui, mediatore creditizio, agenti in attività finanziaria
2-005	2	Agente immobiliare

Spazio lasciato intenzionalmente vuoto