

Polizza Convenzione AIC

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I INFORTUNI

Il presente documento descrive la totalità delle condizioni di polizza redatte per fornire una copertura assicurativa infortuni, come di seguito disciplinata, della **Lloyd's of London**.

Resta comunque inteso che, sulla base delle scelte del Contraente e/o dell'Assicurato, saranno valide ed operanti a tutti gli effetti esclusivamente le **GARANZIE** per le quali nel Modulo viene descritta la relativa somma assicurata e/o sono operanti.

DEFINIZIONI

Assicurato la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicuratori Lloyd's of London

Assicurazione il contratto di assicurazione.

Beneficiari si intendono:

- in caso di morte dell'Assicurato: gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione, sottoscritta all'Assicurato;
- in caso di invalidità permanente e/o inabilità temporanea dell'Assicurato o rimborso delle spese mediche, l'Assicurato stesso, con l'intesa che le quietanze di liquidazione degli indennizzi dovranno essere sottoscritte sia dagli eventuali Beneficiari che dal Contraente.

Contraente il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone.

Franchigia importo, pattuito fra le Parti, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun indennizzo, senza che l'Assicurato stesso abbia la possibilità di assicurarlo con altri assicuratori.

Indennizzo la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Infornio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiamo per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

Malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Modulo il documento riepilogativo dei dati contrattuali che prova l'assicurazione.

Polizza il documento che prova l'assicurazione.

Premio la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.

Riepilogo descrizione delle persone assicurate, con i relativi capitali garantiti, presente nel Modulo.

Rischio la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto percentuale dell'indennizzo, pattuita fra le Parti, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro, senza che l'Assicurato stesso abbia la possibilità di assicurarla con altra compagnia assicuratrice.

Sinistro il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Gli Assicuratori determinano il premio in base alle dichiarazioni dell'Assicurato e/o del Contraente, i quali sono obbligati a dichiarare tutti i fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio da parte degli Assicuratori stessi.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente 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, che riducono – totalmente o parzialmente – il diritto all'indennizzo.

Tali disposizioni si applicano anche ad ogni estensione, proroga, rinnovo od appendice.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato e/o il Contraente devono dare agli Assicuratori comunicazione scritta degli altri contratti stipulati sul medesimo rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro l'Assicurato deve dare avviso a tutti gli assicuratori con i quali esiste copertura assicurativa, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli Artt. 1910 e 1913 del Codice Civile.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento; l'assicurazione cessa, in ogni caso, alle ore 24 del giorno di scadenza descritto nel Modulo stesso, senza l'applicazione della prassi del tacito rinnovo. Eventuali premi e/o rate di premio frazionato successive alla prima debbono essere pagati nei giorni di scadenza previsti. In caso contrario l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza e riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente avrà pagato quanto da lui dovuto.

È facoltà delle Parti di recedere in qualsiasi momento dal contratto, da comunicare a mezzo lettera raccomandata con preavviso di 30= (trenta) giorni. Se il recesso viene effettuato dal Contraente in corso di contratto, gli Assicuratori rimborseranno al Contraente stesso il rateo di premio pagato e non goduto al netto delle imposte e degli eventuali accessori descritti nel Modulo, mentre se il recesso viene effettuato dagli Assicuratori gli stessi rimborseranno il rateo di premio imponibile pagato e non goduto.

Art. 4 – FORMA DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio tale che se fosse stata conosciuta dagli Assicuratori al momento del perfezionamento dell'assicurazione avrebbe portato alla pattuizione di un premio minore, gli Assicuratori stessi ridurranno proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e/o del Contraente, e, a deroga dell'Art. 1897 del Codice Civile, rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 6 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile il Contraente deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio. In tali casi gli Assicuratori avranno il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente Assicurazione dando avviso di disdetta con preavviso di almeno trenta giorni. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 7 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al sessantesimo giorno dalla data di pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o gli Assicuratori hanno la facoltà di recedere dall'Assicurazione o, nel caso che siano assicurate più persone, possono far cessare l'assicurazione relativa alla sola persona che ha subito il sinistro, con preavviso di sessanta giorni.

In caso di recesso esercitato dagli Assicuratori questo ha effetto dopo trenta giorni e gli Assicuratori entro quindici giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborseranno la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 – PROVA

È a carico di chi domanda l'indennità provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 9 – VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida secondo l'opzione prescelta dall'Assicurato, al momento dell'iscrizione alla Associazione, in base a quanto disciplinato all'Art. 2 "Forme di assicurazione, Garanzie e Somme assicurate" delle Condizioni Aggiuntive, comuni a tutte e tre le Sezioni, delle presenti Condizioni di Polizza.

Art. 10 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia e compiuti gli accertamenti del caso, gli Assicuratori provvederanno al pagamento dell'indennizzo dovuto. Le indennità liquidabili ai termini del contratto saranno corrisposte in Italia ed in Euro.

Art. 11 – DIRITTO DI SURROGAZIONE

Gli Assicuratori rinunciano, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 12 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi alla presente assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 13 – FORO COMPETENTE A SCELTA DELLA PARTE ATTRICE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto.

Art. 14 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non diversamente stabilito si applicano le disposizioni di legge italiana.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della presente polizza, nello svolgimento delle attività di canyoning e torrentismo come di seguito descritte:

"Il canyoning e/o torrentismo consiste nella discesa a piedi del letto di torrenti prevalentemente incassati, cioè di quelli che non posseggono rive percorribili lungo tutta la loro lunghezza. Per percorrere un itinerario torrentistico si utilizzano generalmente particolari tecniche di discesa su corda derivate dall'alpinismo e dalla speleologia. Un percorso torrentistico può essere effettuato con acqua che scorre sul greto oppure in letti di torrente asciutti. Le garanzie sono comunque prestate in qualunque luogo, comprese miniere in disuso, cave cavità naturali e artificiali, comprese operazioni di soccorso e di salvataggio, compresi meeting, convegni, assemblee e qualsiasi altra manifestazione motivata dal canyoning. A maggior chiarimento sono coperti dall'assicurazione la pulizia di canyon e/o cavità in qualsiasi forma, le attività di addestramento e di perfezionamento di qualsiasi natura, l'addestramento alle operazioni di soccorso, l'istruzione e la formazione, le operazioni dimostrative, i corsi di canyoning e gli studi legati al canyoning. Oltre all'attività di canyoning, l'assicurazione garantisce anche le seguenti attività sportive: speleologia, alpinismo, arrampicata sportiva".

La presente assicurazione si intende prestata a copertura delle garanzie descritte dalla suindicata definizione, fino a concorrenza delle somme assicurate alle relative Opzioni A) - B) - C), fermi scoperti e franchigie; la copertura assicurativa non è operante per le garanzie per le quali non vengono indicati nel Modulo i relativi capitali assicurati e non è pagato il relativo premio. Qualora nella presente polizza sia attivata la garanzia MORTE DA INFORTUNIO o quella INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO, la maggiore fra le due somme assicurate relative alle citate garanzie rappresenta il massimo risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, per ciascun Assicurato, che gli Assicuratori potranno essere tenuti a pagare, ferme comunque le eventuali riduzioni di tale massimo risarcimento disciplinate nel presente contratto.

Art. 2 – ESTENSIONE DI GARANZIA - INFORTUNI

A titolo esplicativo e non limitativo sono considerati infortuni anche:

- a) le lesioni sofferte in occasione di scioperi o sommosse, tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, aggressioni, vandalismo, atti violenti che abbiano anche movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontaria od attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili);
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'Art. 3 – ESCLUSIONI delle presenti CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE – lettere d) ed e));
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei di linea regolari in qualità di puro passeggero;
- e) i colpi di sole e di calore, l'assideramento e il congelamento, le vertigini nonché, in genere, gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche ed atmosferiche;
- f) l'asfissia dovuta ad involontaria aspirazione di gas o vapori;
- g) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- h) i morsi ed i calci di animali, le morsicature, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali (con esclusione però delle malattie da essi direttamente o indirettamente provocate);
- i) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- j) l'annegamento;
- k) le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (escluso infarto e colpi apoplettici) e le ernie traumatiche;
- l) l'azione del fulmine, la folgorazione e le lesioni provocate da scariche elettriche;
- m) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive, nonché le lesioni prodotte da fiamma o da corpi incandescenti;
- n) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- o) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza (purché non alla guida di veicoli o motoveicoli), di malore e di incoscienza;
- p) gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato stesso;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana;
- r) gli Assicuratori in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato, corrisponderanno le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte ed invalidità permanente, anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano causa diretta dell'infortunio, ma, in conseguenza della zona, del clima, o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 3 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guerra, insurrezione, invasione, ostilità ed operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere, se l'Assicurato giunge sul posto quando tali ostilità siano già iniziate, qualora invece tali eventi avessero inizio mentre l'Assicurato si trova già sul luogo, la garanzia avrà validità limitatamente ad una durata massima di quindici giorni, purché l'Assicurato non vi prenda parte attiva;*
- b) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- c) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista;*
- d) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;*
- e) partecipazione a competizioni sportive agonistiche, corse o gare, salvo che si tratti di gare automobilistiche di regolarità indette dall'ACI, regate veliche o raduni cicloturistici o altre manifestazioni di carattere ricreativo che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore;*
- f) pratica, a qualunque titolo, di paracadutismo e sport aerei in genere;*
- g) partecipazione a qualsiasi forma e titolo ai seguenti sport, salvo quanto previsto dall'Art 1 Oggetto dell'Assicurazione delle presenti Condizioni Particolari di Assicurazione: alpinismo o scalate od arrampicate (incluso free climbing), speleologia, caccia a cavallo, concorsi ippici, rugby e football americano, boxe o qualunque altra forma di arte marziale, atletica pesante, lotta in qualsiasi forma, salto dal trampolino, sci acrobatico od estremo, immersioni subacquee e rafting;*
- h) partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle relative federazioni sportive, ad eccezione degli infortuni derivanti dai seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, tennis, tennis da tavolo, tiro e nuoto;*
- i) guida e pratica a qualsiasi livello di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei di qualsivoglia natura, ivi compresi gli apparecchi per il volo sportivo o da diporto, quali ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendio, ecc;*

j) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente Art. 2 – ESTENSIONE DI GARANZIA - INFORTUNI delle presenti CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE.

Sono, inoltre, comunque escluse le invalidità permanenti da malattia e le inabilità temporanee da malattia derivanti direttamente o indirettamente da:

k) infermità somatiche e/o psichiche psicogene nonché le infermità psicotiche o nevrotiche di qualsiasi origine e natura;

l) intossicazioni conseguenti ad abuso di sostanze alcoliche, uso ed abuso di psicofarmaci, stupefacenti, narcotici, allucinogeni;

m) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, od accelerazioni di particelle atomiche;

n) eventi connessi a guerra dichiarata e non, guerra civile, insurrezione a carattere generale;

o) reati dolosi commessi dall'Assicurato od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;

p) malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del presente contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso.

Sono, infine, comunque escluse da ogni copertura assicurativa disciplinata nella presente polizza le malattie insorte entro il novantesimo giorno successivo a quello di effetto della presente polizza; qualora il presente contratto sia stato stipulato in sostituzione o rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, detto termine di novanta giorni opera:

- dal giorno di effetto del contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da questo ultimo previsti;

- dal giorno di effetto del presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Detta limitazione alle sole maggiori somme ed alle diverse prestazioni appena descritta, ha pieno valore anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 4 – MORTE DA INFORTUNIO

Se un infortunio risulti indennizzabile ai termini della presente polizza e se nel Modulo sia descritta una somma assicurata relativamente alla presente garanzia, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo è liquidato ai Beneficiari.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i Beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità.

Art. 5 – MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non sia ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, gli Assicuratori liquideranno ai Beneficiari, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili se entro sei mesi dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non fosse ritrovato e sempreché sia stata accertata dalle competenti Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (Artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione), gli Assicuratori corrisponderanno l'indennità prevista per il caso di morte. Resta inteso che, se dopo che gli Assicuratori hanno pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, gli Assicuratori hanno diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita.

Art. 6 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Qualora un infortunio risulti indennizzabile ai termini della presente polizza e nel Modulo sia descritta una somma assicurata relativamente alla presente garanzia, se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, gli Assicuratori liquideranno a tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale descritta nel Modulo secondo la tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (con rinuncia da parte degli Assicuratori all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio e con l'intesa che l'indennizzo sarà effettuato in capitale e non in forma di rendita).

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

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

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

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

Resta inteso fra le Parti che non sarà corrisposta alcuna indennità qualora l'invalidità permanente accertata sia pari od inferiore al 5% quale franchigia per invalidità permanente da infortunio, espressa in termini percentuali rispetto al danno totale; se invece l'invalidità è superiore al 5%, sarà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Art. 7 – CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente da infortunio, comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in sua conseguenza, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrisponderanno ai Beneficiari la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non chiedono il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia se l'Assicurato muore per causa indipendente da quella che ha originato la richiesta d'indennizzo, la cui indennità sia stata concordata nella sua entità, gli Assicuratori pagheranno ai Beneficiari l'importo dovuto.

Art. 8 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Art. 9 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione non vale per le persone di età maggiore di settantacinque anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso saranno restituiti a richiesta del Contraente; resta comunque inteso fra le Parti che tale limite massimo di età s'intende ridotto ad anni sessanta relativamente alle garanzie invalidità permanente da malattia ed inabilità temporanea da malattia.

Art. 10 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentali, AIDS o malattie e sindromi correlate, in ogni loro forma. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni restando precisato che sono comunemente escluse le conseguenze della prima manifestazione.

Art. 11 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto agli Assicuratori entro trenta giorni da quando ne hanno avuto conoscenza o la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile, indicando il luogo, il giorno e l'ora dell'evento nonché le cause che lo hanno determinato; avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso agli Assicuratori. L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita dei medici degli Assicuratori ed a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, fatta eccezione per i medici designati dagli Assicuratori.

Se non sono adempiuti dolosamente l'obbligo della denuncia e gli altri obblighi contrattuali, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennità; se, invece, detti obblighi non sono adempiuti colposamente, gli Assicuratori hanno il diritto di ridurre le indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 12 – CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi dell'Art. 10 – PERSONE NON ASSICURABILI delle presenti CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine di Medici avente giurisdizione del luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede, a scelta degli Assicuratori, presso la sede degli Assicuratori stessi o presso la sede dell'Intermediario che gestisce la polizza. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennità. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE II RIMBORSO SPESE MEDICHE - CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Assicurato la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicuratori Lloyd's of London

Assicurazione il contratto di assicurazione.

Contraente il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio o di altre persone.

Indennizzo la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

Istituto di cura l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilmente terminali, case di convalescenza e di soggiorno.

Malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Modulo il documento riepilogativo dei dati contrattuali che prova l'assicurazione.

Polizza il documento che prova l'assicurazione.

Premio la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori.

Riepilogo descrizione delle persone assicurate, con i relativi capitali garantiti, presente nel Modulo.

Rischio la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto percentuale dell'indennizzo, pattuita fra le Parti, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro, senza che l'Assicurato stesso abbia la possibilità di assicurarla con altra compagnia assicuratrice.

Sinistro il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Art. 1 – OGGETTO ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori rimborseranno per ciascun Assicurato e per il periodo assicurativo indicato nel modulo di polizza e fino alla concorrenza dell'importo prescelto di cui alle Opzioni A) - B) – C) purché sostenute dall'Assicurato relativamente ad un infortunio risarcibile ai sensi della presente polizza, le spese di seguito descritte.

a) in caso di ricovero od intervento chirurgico anche ambulatoriale:

- gli onorari dei medici, dei chirurghi, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- l'uso di sala operatoria, materiale di intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento), il materiale di cura e medicinali, gli accertamenti radiografici e radioscopici, gli esami e le analisi in genere, le terapia fisica riabilitativa;

- rette di degenza in ospedali o cliniche: qualora l'Assicurato si avvalga di strutture del SSN verrà corrisposta all'Assicurato un'indennità giornaliera da ricovero sostitutiva, in base all'Opzione prescelta dall'Assicurato;

- trasporto dal luogo dell'incidente all'istituto con ambulanza;

- le spese – sino al 30% della somma assicurata descritta nel Modulo – sostenute nei novanta giorni precedenti e nei novanta giorni successivi al ricovero od all'intervento chirurgico anche ambulatoriale, per esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche.

b) qualora non vi sia stato un ricovero od un intervento chirurgico anche ambulatoriale:

le spese sostenute nei novanta giorni successivi alla data dell'infortunio, per esami ed accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche.

La domanda di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per le spese sopraindicate, deve essere presentata agli Assicuratori entro e non oltre un mese dal termine della cura medica. A richiesta, gli Assicuratori restituiscono detti originali, previa apposizione sui medesimi della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a Terzi per ottenere il rimborso, gli Assicuratori effettuano il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti Terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Il rimborso sarà effettuato all'Assicurato od, in caso di morte, ai Beneficiari.

Il massimale operante per tale garanzia costituisce il massimo rimborso per persona per uno o più sinistri verificatisi nello stesso anno assicurativo.

Il rimborso delle spese mediche di cui al presente articolo sarà effettuato previa detrazione di una franchigia fissa di Euro 250,00 per ciascun sinistro.

Limitatamente alla garanzia prestata nel presente articolo, non è operante quanto disciplinato dall'Art. 11 – DIRITTO DI SURROGAZIONE delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Art. 2 – ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per :

- *l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;*
- *le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
- *gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);*
- *gli infortuni e le intossicazioni conseguiti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- *l'aborto volontario non terapeutico;*
- *le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio),*
- *le protesi dentarie;*
- *le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.);*
- *le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti ed aggressioni, di cui l'Assicurato abbia preso parte, i quali abbiano movente politico o sociale; di movimenti cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.*

Art. 3 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendenti dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'Assicurazione cessa al manifestarsi di tale affezioni.

Art. 4 – ESTENSIONE TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida secondo l'opzione prescelta dall'Assicurato, al momento dell'iscrizione alla Associazione, in base

a quanto disciplinato all'Art. 2 "Forme di assicurazione, Garanzie e Somme assicurate" delle Condizioni Aggiuntive, comuni a tutte e tre le Sezioni, delle presenti Condizioni di Polizza.

Art. 5 – OBBLIGO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve presentare denuncia dell'infortunio o della malattia agli Assicuratori al momento che abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve consentire agli Assicuratori le indagini e gli accertamenti necessari e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 6 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, di distinte e ricevute, debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, gli Assicuratori restituisce i predetti originali, previa applicazione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, gli Assicuratori effettuano il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dall'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 7 – CONTROVERSIE

Le controversie sulla natura dell'evento e sulla misura dei rimborsi, sono demandate per iscritto ad un Collegio dei Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio stesso. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 8 – RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, occorso durante la sua permanenza nel territorio Italiano e nel territorio Europeo, gli Assicuratori, fino alla concorrenza di € 1.500,00 rimborseranno le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Gli Assicuratori rimborseranno altresì le spese di ricerca e salvataggio in base a quanto previsto nei limiti di risarcimento franchigie e scoperti di cui alle Opzioni A) B) e C).

SEZIONE III RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI

DEFINIZIONI

Assicurato la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Contraente il soggetto che stipula l'assicurazione.

Assicuratori Lloyd's of London.

Assicurazione il contratto con il quale viene prestata la copertura assicurativa.

Modulo il documento riepilogativo dei dati contrattuali che prova l'assicurazione.

Polizza il documento che prova l'assicurazione.

Premio la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori, a fronte della copertura assicurativa.

Rischio la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro.

Scoperto percentuale dell'indennizzo, pattuita fra le Parti, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun indennizzo, senza che l'Assicurato stesso abbia la possibilità di assicurarla con altra compagnia assicuratrice.

Franchigia somma, pattuita fra le Parti, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun indennizzo, senza che l'Assicurato stesso abbia la possibilità di assicurarla con altra compagnia assicuratrice. .

Terzi qualunque persona fisica con esclusione di:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altra persona, parente od affine, con lui stabilmente convivente;
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, gli amministratori, il socio a responsabilità illimitata e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla precedente lettera a);
- c) i dipendenti, anche di fatto, nonché coloro che riportano il danno in conseguenza della partecipazione manuale all'attività cui si riferisce l'assicurazione. Sono considerati Terzi i dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione INAIL ai sensi del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124.

Terrorismo qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità Pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Pur essendo il premio annuale, nel caso in cui sia previsto il pagamento frazionato del premio, se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi delle rate frazionate successive alla prima sono comunque dovuti dal Contraente.

Art. 2 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione termina alle ore 24 della scadenza annuale indicata sul Modulo di polizza, senza obbligo di disdetta.

Art. 3 - FORMA DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche, proroghe e sostituzioni della presente Assicurazione debbono essere provate per iscritto.

Art. 4 - DICHIARAZIONI INESATTE E/O RETICENZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 5 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 6 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio tale che se fosse stata conosciuta al momento del perfezionamento dell'assicurazione avrebbe portato alla pattuizione di un premio minore, gli Assicuratori ridurranno proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e/o del Contraente, salva la loro facoltà di recedere dall'assicurazione ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile.

Art. 7 - TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta e le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente e dagli Assicuratori. Spetta in particolare al Contraente compiere tutti gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni, fermo restando che l'indennizzo non verrà corrisposto se non nei confronti e con il consenso del titolare dell'interesse assicurato.

Art. 8 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno essere inviate per lettera raccomandata, telefax, fax o per telegramma:

- a) per quanto riguarda le comunicazioni dirette agli Assicuratori: alla SMAF Broker S.r.l. Insurance Consulting – tramite la quale è stata effettuata l'assicurazione;*
- b) per quanto riguarda le comunicazioni all'Assicurato e/o al Contraente: all'ultimo indirizzo conosciuto dagli Assicuratori.*

Art. 9 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato e/o il Contraente, prima di aver diritto a qualsiasi indennizzo dovranno:

- a) darne avviso agli Assicuratori appena ragionevolmente possibile e comunque, non oltre tre giorni da quello in cui si è verificato il sinistro o dalla data in cui ne è venuto a conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile;*
- b) fare quanto gli è possibile per evitare e diminuire il danno;*
- c) in caso di ipotesi di reato, denunciare l'evento all'Autorità giudiziaria, entro il termine di 24 ore, specificando le circostanze dello stesso e l'importo approssimativo del danno. Deve essere inviata copia via fax agli Assicuratori.*
- d) fornire agli Assicuratori o ai Periti da questi incaricati, informazioni e prove conservando al riguardo tracce e residui del sinistro che possono ragionevolmente contribuire a facilitare la liquidazione del danno.*

L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 10 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti Contraenti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata con preavviso di 30 giorni:

- il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente;*
- il recesso da parte degli Assicuratori ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.*

Gli Assicuratori, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 11 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il contraente o l'Assicurato deve comunicare agli Assicuratori l'esistenza o la stipulazione successiva di eventuali altre assicurazioni per la copertura degli stessi rischi. Tale obbligo non riguarda le assicurazioni stipulate per legge o per contratto da altro Contraente.

Art. 12 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSE COMPAGNIE

Se sullo stesso interesse e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato e/o il Contraente devono dare agli Assicuratori comunicazione scritta degli altri contratti stipulati.

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso agli Assicuratori ed a tutte le altre Compagnie ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi – escluso dal conteggio l'assicuratore insolvente – superi l'ammontare del danno, gli Assicuratori della presente copertura assicurativa saranno tenuti a pagare soltanto la propria quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con le altre Compagnie. Gli Assicuratori, entro trenta giorni dalla ricezione della comunicazione, possono recedere dalla presente assicurazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 13 – VALIDITA' TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida secondo l'opzione prescelta dall'Assicurato, al momento dell'iscrizione alla Associazione, in base a quanto disciplinato all'Art. 2 "Forme di assicurazione, Garanzie e Somme assicurate" delle Condizioni Aggiuntive, comuni a tutte e tre le Sezioni, delle presenti Condizioni di Polizza.

Art. 14 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia e compiuti gli accertamenti del caso, gli Assicuratori provvederanno al pagamento dell'indennizzo dovuto. Le indennità liquidabili ai termini del contratto saranno corrisposte in Italia ed in Euro.

Art. 15 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi alla presente assicurazione sono comunque a carico del Contraente.

Art. 16 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente stabilito dalle Condizioni Generali e Particolari delle presenti Condizioni, si farà riferimento alle norme di legge vigenti in Italia.

Art. 17 – FORO COMPETENTE

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Gli Assicuratori, nel limite del massimale indicato nel Modulo, si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'attività descritta all'Art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione" di cui alla Sezione I Infortuni. L'assicurazione vale anche per la Responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

Art. 2 – PERSONE NON CONSIDERATE "TERZI"

Non sono considerati "terzi" ai fini della presente assicurazione:

- a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché qualsiasi altra persona, parente od affine, con lui stabilmente convivente;*
- b) quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, gli amministratori, il socio a responsabilità illimitata e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla precedente lettera a);*
- c) i dipendenti, anche di fatto, che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio; i subappaltatori ed i loro dipendenti, non che tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione. Sono considerati Terzi i dipendenti non soggetti all'obbligo di assicurazione INAIL ai sensi del D.P.R. 30/6/1965 n. 1124;*
- d) le Società le quali rispetto all'Assicurato, che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'articolo 2359 del Codice Civile così come modificato dal d.lgs. 17/01/2003 n.6 e successive modificazioni e integrazioni, nonché delle Società medesime, l'amministrazione, il legale rappresentante e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui alla lettera a).*

Art. 3 – ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) da furto;*
- b) da incendio;*
- c) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;*
- d) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il sedicesimo anno di età;*
- e) alle cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, alle cose rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate dall'Assicurato, nonché alle cose sui mezzi di trasporto sotto carico o scarico, ovvero in sosta nell'ambito delle anzidette operazioni;*
- f) alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà dell'Assicurato o da lui detenuti;*
- g) cagionati da opere od installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione o posa in opera, quelli non avvenuti nel corso dell'esecuzione dei lavori, nonché i danni cagionati da merci, prodotti e cose in genere dopo la consegna a Terzi;*
- h) da detenzione od impiego di esplosivi non detenuti in conformità alle norme vigenti in materia;*

- i) a fabbricati ed a cose in genere dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazioni del terreno da qualsiasi causa determinati;*
- j) di cui l'Assicurato debba rispondere ai sensi degli Artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del Codice Civile;*
- k) da assunzione volontaria di responsabilità e non direttamente dalla legge;*
- l) a condutture ed impianti sotterranei in genere e a quelli ad essi conseguenti;*
- m) arrecati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvale nell'esercizio dell'attività assicurata, delle presenti Condizioni di Assicurazione della presente Sezione;*
- n) derivanti da attività esercitate dall'Assicurato differenti da quelle indicate nel Modulo;*
- o) causati da campi elettromagnetici;*
- p) da amianto;*
- q) da atti di terrorismo;*
- r) conseguenti a lavori di straordinaria manutenzione;*
- s) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo.*

Art. 4 – PLURALITÀ DI ASSICURATI

In caso di responsabilità di più Assicurati, la garanzia è prestata fino a concorrenza del massimale indicato nel modulo di polizza.

Art. 5 – GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, sino al momento della tacitazione del danneggiato, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, civile o penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato medesimo. Gli stessi Assicuratori garantiscono comunque la prosecuzione dell'assistenza dell'Assicurato in sede penale sino ad esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione del danneggiato. Le spese relative alla difesa ed alla resistenza alle azioni contro l'Assicurato sono a carico degli Assicuratori entro il limite di un importo pari al quarto del massimale a cui si riferisce la pretesa risarcitoria azionata. Ma qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Gli Assicuratori ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. Gli Assicuratori non rispondono in ogni caso delle spese sostenute dall'Assicurato per legali e tecnici da essi non designati né di multe, ammende o spese di giustizia penale.