

POLIZZA INFORTUNI

CONDIZIONI GENERALI

DEFINIZIONI:

- **Contraente/Assicurato:** il Notaio iscritto a Ruolo che abbia sottoscritto la presente polizza;
- **Società:** l'impresa assicuratrice
-
- **Scheda di adesione:** il documento con il quale il singolo Notaio chiede la copertura assicurativa;
- **Premio:** la somma dovuta dall'Assicurato alla Società;
- **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 dalla Società in caso di sinistro.
- **Periodo di Assicurazione:** dalle h. 24.00 dell' 01.02.2011 alle h. 24.00 dell' 01.02.2012;
- **Durata della copertura:** dalle h. 24.00 del giorno dell'adesione alle h. 24.00 dell' 01.02.2012.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto secondo le modalità previste dal successivo art. 32.

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio ai sensi dell'art. 1898 del C.C. e per gli effetti ivi previsti, fatta salva l'ipotesi di cui al successivo art. 24.

ART. 3 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla data di pagamento o di rifiuto delle prestazioni, la Società nonché l'Assicurato avranno la facoltà di far cessare l'Assicurazione con preavviso di 30 giorni; nel caso di recesso da parte della Società questa rimborserà la quota di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 4 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali Assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone.

ART. 5 - IMPOSTE

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

ART. 6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato o degli aventi diritto devono essere fatte con lettera raccomandata o telefax a

ART. 7 – FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria competente nel Distretto Notarile cui appartiene l'Assicurato al momento della denuncia del sinistro.

ART. 8 - PROVA

E' 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

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

ART. 10 - RINNOVO DEL CONTRATTO

La presente polizza decorre dalla data prevista al secondo comma dell'art. 32 e scade all'01.02.2012, senza essere soggetta a tacito rinnovo.

Per l'Assicurato che compirà il settantacinquesimo anno durante il periodo di Assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza.

ART. 11 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la documentazione di cui all'art. 27 e compiuti gli accertamenti del caso la Società liquida l'indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia ed in Euro entro 30 gg. dall'accettazione.

ART. 12 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 13 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

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

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente riscontrabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

A titolo esemplificativo 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 o attiva;
- b) gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoto, tempeste, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno e simili);
- c) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere, compresi mezzi di terzi e/o pubblici (salvo quanto disposto nell'art.15/d -15/e Esclusioni);
- d) gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei 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 (purchè non alla guida di autoveicoli, o motoveicoli), di malore e di incoscienza;
- p) gli infortuni subiti dall'Assicurato derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza o colpa grave del Contraente/Assicurato;
- q) le lesioni subite in occasione di legittima difesa o di atti compiuti per solidarietà umana.

ART. 14 - ERNIE DA SFORZO

Ai fini della garanzia di cui alla presente Assicurazione, si considerano a tutti gli effetti, quali infortuni garantiti, le ernie da sforzo, anche se in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:

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

ART. 15 - 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 15 giorni, purché l'Assicurato non vi prenda parte attiva;

- b) direttamente e/o indirettamente da contaminazione dovuta ad un atto di terrorismo.
Agli effetti della presente esclusione per contaminazione si intende l'avvelenamento, l'intossicazione o la contaminazione di persone in seguito all'ingerimento o alla venuta a contatto con agenti chimici, sostanze nucleari o microrganismi biologici.
Agli effetti della presente esclusione per atto di terrorismo si intende, a titolo indicativo e non limitativo, l'uso della forza o della violenza e/o della minaccia da parte di ogni persona o gruppo di persone, che siano operanti da sole o per conto od in connessione con organizzazioni o governi, commesso per finalità politiche, religiose, ideologiche o per ragioni di carattere etnico, ivi compresa ogni azione intrapresa con l'intenzione di influenzare un governo e/o di terrorizzare la popolazione, in tutto o in parte.
Nel caso di reiezione di un sinistro ai sensi della presente esclusione l'onere della prova del contrario sarà posta a carico dell'Assicurato.
- c) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista;
- e) guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione o dell'età prescritta dalla legge;
- f) Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- g) pratica, a qualunque titolo, di paracadutismo e sport aerei in genere;
- h) partecipazione a qualsiasi forma di alpinismo che di norma implichi l'uso di ramponi o guide, speleologia, concorsi ippici e la regolare pratica di rugby, boxe;
- i) ogni forma di malattia non inclusa nel precedente art. 13.

ART. 16 - MORTE

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

ART. 17 - MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

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

Tuttavia in caso di affondamento, naufragio di nave o caduta di aeromobili, sempreché sia stata accertata la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro 6 mesi dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà l'indennità prevista per il caso di morte. Resta inteso che la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata ove risultasse che l'Assicurato è vivo dopo che la Società ha pagato l'indennità. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita.

ART. 18 – PERDITA DELLA FAVELLA

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 19, resta convenuto fra le parti che qualora, a seguito d'infortunio, l'Assicurato riporti la perdita totale e permanente della favella, il grado d'invalidità permanente, liquidabile ai termini di polizza, viene equiparato al 100%.

ART. 19 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida a tale titolo un'indennità calcolata sulla somma Assicurata per invalidità permanente totale secondo la sottoriportata tabella delle percentuali di invalidità permanente allegata al regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/06/65 n. 1124 e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio.

Se l'Assicurato muore per causa indipendente da un infortunio di invalidità permanente la cui indennità sia stata concordata nella sua entità, la Società paga agli eredi l'importo dovuto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

TABELLA INAIL
TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITA' PERMANENTE
Allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, N. 1124

DESCRIZIONE	Percentuale	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella) Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13

Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio	8	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	25
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	

Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11
N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.	

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MEMOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA			
Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione é riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione é riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione é riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4. Le perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, é valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%

con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica é pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

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

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 minorati, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

ART. 20 – FRANCHIGIA

Agli effetti dell'indennità dovuta per il caso di invalidità permanente si applicheranno le seguenti franchigie:

- fino alla concorrenza dell'importo di € 300.000,00 si applicherà una franchigia del 3%. La Società non corrisponderà quindi alcuna indennità qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se l'invalidità permanente supererà il 3% della totale verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia superiore al 5% della totale, la Società liquiderà l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia;

- sui capitali assicurati eccedenti € 300.000,00 e fino a € 900.000,00 si applicherà una franchigia del 3%. La Società non corrisponderà quindi alcuna indennità qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se l'invalidità permanente supererà il 3% della totale verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità permanente sia superiore al 10% della totale, la Società liquiderà l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia;

- sui capitali eccedenti € 900.000,00 si applicherà una franchigia del 5%. La Società non corrisponderà quindi alcuna indennità qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se l'invalidità permanente supererà il 5% della totale verrà corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

ART. 21 - CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, alle altre persone indicate nell'art. 29, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

ART. 22 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio; se l'infortunio colpisce una persona che non sia fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

ART. 23 - ANTICIPO INDENNIZZI

Fermo restando quanto disposto dall'art. 19, l'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della definizione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno € 103.291,00. L'obbligo della Società verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempre che siano trascorsi 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo.

ART. 24 - BUONA FEDE

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

ART. 25 - LIMITI DI ETÀ

Vedere art. 10, secondo comma.

ART. 26 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone colpite da infermità mentali, alcoolismo, epilessie, tossicomanie, e l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

ART. 27 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

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 alla Società. L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga 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 dalla Società.

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

ART. 28 – CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'assicurabilità delle persone ai sensi del precedente art. 26, 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 nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede, a scelta della Società, presso la sede dell'Assicuratore stesso o presso la sede del 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.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro 3 anni, 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.

ART. 29 – BENEFICIARI

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

- in caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, salvo diversa dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato e rilasciata alla Società;
- in caso di invalidità permanente l'Assicurato stesso.

ART. 30 – CAPITALI ASSICURATI

Ogni Notaio è assicurato per le seguenti somme, a seconda dell'opzione indicata nella SCHEDA DI ADESIONE:

OPZIONE A)

MORTE	Euro 300.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE:	Euro 300.000,00

OPZIONE B)
MORTE Euro 600.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE: Euro 600.000,00

OPZIONE C)
MORTE Euro 900.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE: Euro 900.000,00

OPZIONE D)
MORTE Euro 1.200.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE: Euro 1.200.000,00

ART. 31 – PREMIO

Il premio dovuto dall'Assicurato è di Euro 480,00 (opzione A) comprensivo di imposte, di Euro 960,00 (opzione B) comprensivo di imposte, di Euro 1.440,00 (opzione C) comprensivo di imposte e di Euro 1.920,00 (opzione D) comprensivo di imposte, per anno assicurativo con scadenza il 01.02 (primo febbraio) di ogni anno. Qualora la richiesta di copertura pervenga successivamente all'01.04.2011 l'importo dovuto sarà proporzionalmente ridotto in ragione del periodo di copertura effettivamente prestato sulla base del seguente schema:

OPZIONE A)

RICHIESTA DI ADESIONE PERVENUTA	PREMIO
Dall'01.04.2011 al 31.05.2011	Euro 400,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dall'01.06.2011 al 31.07.2011	Euro 320,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dopo il 01.08.2011	Euro 240,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012

OPZIONE B)

RICHIESTA DI ADESIONE PERVENUTA	PREMIO
Dall'01.04.2011 al 31.05.2011	Euro 800,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dall'01.06.2011 al 31.07.2011	Euro 640,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dopo il 01.08.2011	Euro 480,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012

OPZIONE C)

RICHIESTA DI ADESIONE PERVENUTA	PREMIO
Dall'01.04.2011 al 31.05.2011	Euro 1.200,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dall'01.06.2011 al 31.07.2011	Euro 960,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dopo il 01.08.2011	Euro 720,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012

OPZIONE D)

RICHIESTA DI ADESIONE PERVENUTA	PREMIO
Dall'01.04.2011 al 31.05.2011	Euro 1.600,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dall'01.06.2011 al 31.07.2011	Euro 1.280,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012
Dopo il 01.08.2011	Euro 960,00 per l'intero periodo fino all'01/02/2012

Tale premio deve essere versato in un'unica soluzione mediante:

Bonifico bancario sul conto corrente

--	--

ART. 32 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il Notaio interessato all'Assicurazione che forma oggetto della presente polizza trasmetterà al _____ a mezzo raccomandata e/o fax, una comunicazione di adesione utilizzando l'apposita SCHEDA DI ADESIONE.

La garanzia assicurativa decorrerà automaticamente con effetto dalle h. 24 dalla data di spedizione o trasmissione della SCHEDA DI ADESIONE, purché venga allegata copia del bonifico bancario disposto alle condizioni di cui al precedente art. 31. A riprova di ciò la Società emetterà una polizza in tre esemplari in tre esemplari da sottoscrivere e scambiare tra Notaio e _____

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi al primo periodo, l'Assicurazione resta sospesa dalle h. 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle h. 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 C.C.

ART. 33 – CLAUSOLA DI GESTIONE - LEGITTIMAZIONE

Si prende atto che la presente polizza viene stipulata dai singoli Notai che sottoscriveranno la polizza in seguito alla comunicata adesione con il loro espresso consenso.

Gli Assicurati, per effetto delle adesioni al programma assicurativo integrativo così come pervenute agli atti, hanno affidato all'intermediario _____ il servizio di assistenza, consulenza, intermediazione assicurativa e gestione dei sinistri da svolgere in relazione al programma assicurativo riguardante i moduli assicurativi integrativi alla copertura assicurativa di Rc professionale dei Notai.

Ciascun assicurato ha, pertanto, conferito all'intermediario _____ tutte le facoltà e le prerogative di legge in termini di esercizio dei diritti assicurativi spettanti in forza dei contratti oggetto di adesione di cui sopra: conseguenzialmente tutti i diritti e le azioni nascenti dal presente contratto saranno esercitati, anche in via esclusiva, dal broker con il consenso dell'Assicurato che si intende espressamente prestato anche se non formalmente manifestato.

L'Assicurato corrisponderà direttamente il premio a _____

Consequenzialmente tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, a eccezione della disdetta e/o del rinnovo o della proroga, saranno svolti per conto dell'Assicurato da _____

ed ogni comunicazione data o spedita dall'Assicurato al suddetto _____

e viceversa sarà considerata come eseguita nei confronti della Società e viceversa.

La Società/ _____ dichiara di avere affidato la gestione amministrativa della presente polizza - per quanto riguarda l'emissione del contratto e il versamento del premio - a _____

ART. 34 – RIPARTO

La garanzia di cui alla presente polizza deve intendersi ripartita tra le seguenti Compagnie Assicuratrici:

ART. 35 – COASSICURAZIONE E DELEGA

L'Assicurazione è ripartita per quote fra le Compagnie Assicuratrici indicate all'art. 34, ciascuna delle quali è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla Polizza, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti la polizza debbono trasmettersi per il tramite della Società all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria o in alternativa per il tramite di all'uopo designata quale Coassicuratrice Condelegataria anche in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Ogni modifica alla polizza, che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

Le Compagnie Coassicuratrici danno incarico alla Società Delegataria di gestire a tutti gli effetti la presente polizza nonché il rapporto con il Contraente e gli Assicurati.

La Società è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza della polizza.

La gestione dei sinistri spetta alla Società e conseguentemente il pagamento degli indennizzi avverrà suo tramite.

LA SOCIETA'

LE COASSICURATRICI

L'ASSICURATO

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPLICITAMENTE PER ISCRITTO

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile, l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

- ART 2 - Aggravamento del rischio
- ART 3 - Recesso a seguito di sinistro
- ART 5 - Imposte
- ART 8 - Prova
- ART 13 - Oggetto dell'assicurazione
- ART 14 - Ernie da sforzo
- ART 15 - Esclusioni

- ART 17 - Morte presunta
- ART 19 - Invalidità Permanente
- ART 20 - Franchigia
- ART 22 - Criteri di indennizzabilità
- ART 26 - Persone non assicurabili
- ART 27 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi
- ART 28 - Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni.

LA SOCIETA'

L'ASSICURATO
