

Polizza di Indennità giornaliera per inabilità al lavoro

DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Azione delittuosa di terzi: l'evento dovuto a fatto penalmente rilevante di terzi che abbia per conseguenza un'inabilità temporanea dell'Assicurato.

Contraente: il Notaio iscritto al Ruolo.

Franchigia: il numero di giorni, per ogni periodo di inabilità temporanea, per il quale non verrà corrisposto alcun indennizzo.

Inabilità Temporanea: impossibilità completa ed ininterrotta a svolgere la propria attività professionale per un determinato periodo.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società 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 una inabilità temporanea anche se accompagnata o seguita da una invalidità permanente della persona assicurata.

Infortunio o malattia preesistente: ogni menomazione fisica, patologia, processo degenerativo o infermità sofferta dall'Assicurato nel corso dei due anni precedenti l'inizio dell'Assicurazione; si ritiene che la menomazione fisica, la patologia, il processo degenerativo o l'infermità siano comparsi nei due anni precedenti l'inizio dell'Assicurazione quando i medesimi siano stati diagnosticati da un medico oppure, in assenza di una diagnosi, quando, secondo l'opinione di un medico, l'Assicurato avrebbe dovuto ragionevolmente esserne a conoscenza prima dell'inizio dell'Assicurazione.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute della persona assicurata, non dipendente da infortunio, che produca, direttamente ed indipendentemente da ogni altra causa, una inabilità temporanea anche se seguita da invalidità permanente.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Scheda di adesione: il documento con il quale il Contraente chiede la copertura assicurativa.

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - ALTRE ASSICURAZIONI E SURROGAZIONE

Non si applicano alla presente Assicurazione i disposti dei seguenti articoli del Codice Civile:
1910 (Assicurazioni presso diversi Assicuratori) - 1916 (Diritto di surrogazione dell'Assicuratore).

ART. 2 - VARIAZIONE DEL RISCHIO

La presente Assicurazione è prestata per l'attività professionale dichiarata in polizza. In caso di modifica o cessazione di tale attività, l'Assicurato deve darne avviso alla Società la quale può recedere dal contratto con effetto dalla data di modifica o della cessazione. In caso di mancata o tardiva comunicazione della modifica o della cessazione dell'attività professionale, la Società non è tenuta al pagamento del risarcimento a partire dalla data della modifica o della cessazione.

ART. 3 - DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE

la Società determina 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 della Società. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono regolate dagli Artt. 1892,1893,1984 del Codice Civile.

ART. 4 - FORMA E VALIDITÀ DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni cui sono tenute le parti devono essere fatte per mezzo di lettera, lettera raccomandata, telegramma, telex o telefax. Comunicazioni che hanno per scopo di introdurre varianti o modificazioni qualsiasi nel contratto devono risultare da una dichiarazione firmata dalla Società e dall'Assicurato.

ART. 5 - CONTROVERSIE

In caso di divergenze sui disposti degli articoli riguardanti i limiti di età, le persone non assicurabili nonché la natura e le conseguenze delle lesioni e delle malattie e la loro durata, le Parti si obbligano a conferire ad un Collegio di tre Medici il mandato di decidere in base alle condizioni ed alle limitazioni contrattuali. Ciascuna delle Parti nomina un Medico e i due Medici così designati nominano il terzo. In caso di disaccordo su tale nomina vi provvede il Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo ove risiede il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune ove è situata la sede del Distretto Notarile dell'Assicurato e/o dove ha residenza, ed è dispensato da ogni formalità di Legge. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei Medici si rifiuta di firmare il verbale. Ciascuna delle Parti paga le spettanze e le spese del Medico da esso nominato e la metà di quelle del terzo.

ART. 6 - DEROGA ALL'USO DELLA TACITA PROROGA

Il presente contratto decorre dalle h 24 del 01/02/2011 e scade alle ore 24 del 01/02/2012 senza essere soggetto a tacito rinnovo.

ART. 7 - AMBITO TERRITORIALE

La presente Assicurazione si intende estesa agli infortuni accaduti, alle malattie contratte e alle azioni delittuose di terzi avvenute nel mondo intero.

ART. 8 - NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

ART. 9 - DOMANDE GIUDIZIALI

La rappresentanza processuale passiva e' stata conferita dalla Società al

Pertanto ogni domanda giudiziale relativa a quanto stabilito nella presente Assicurazione dovrà essere proposta contro: _____, che hanno assunto il rischio derivante dall'Assicurazione

in persona del

_____ può essere convenuto in giudizio, sia nella qualità e con effetto nei Confronti degli Assicuratori interessati, sia per le sole controversie inerenti le assicurazioni contratte con Assicurati residenti in Italia.

ART. 10 - FORO COMPETENTE

Si conviene che il Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria competente dove l'Assicurato ha residenza o sede.

ART. 11 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

CONDIZIONI PARTICOLARI

ART. 12 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga, alle condizioni della presente polizza e/o successive appendici e al netto delle franchigie previste dal successivo Art. 13, a liquidare all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata indicata nella SCHEDA DI ADESIONE, nei casi di forzata impossibilità dell'Assicurato ad attendere alla sua attività professionale, a causa di una malattia, di un infortunio o di un'azione delittuosa di terzi.

ART. 13 - DURATA DELLA PRESTAZIONE E FRANCHIGIE

L'indennità giornaliera verrà corrisposta per una durata massima di trecentosessantacinque giorni al lordo delle franchigie di seguito indicate:

- a. - infortunio: franchigia assoluta di giorni 7;
- malattia: franchigia assoluta di giorni 30; qualora l'inattività si prolunghi oltre il 30° giorno la franchigia sarà limitata a 7 giorni;
- azioni delittuose di terzi: franchigia assoluta di 2 giorni;
- b. nell'ipotesi che dopo la ripresa dell'attività lavorativa l'Assicurato sia costretto ad assentarsi nuovamente, non verrà applicata alcuna franchigia se l'Assicurato sia in grado di dimostrare che la nuova assenza sia direttamente riconducibile alle cause del primo periodo di interruzione della propria attività lavorativa. In caso contrario verrà applicata la franchigia contrattuale per sinistro come previsto in polizza;
- c. per le persone che all'epoca del sinistro abbiano superato il 70 anno di età, il risarcimento verrà corrisposto per un periodo massimo di 90 giorni e con le stesse modalità di cui ai punti precedenti;
- d. indipendentemente da quanto previsto dai precedenti punti del presente articolo, il risarcimento cesserà di essere corrisposto dal momento in cui si verifica uno dei seguenti casi:
 - morte dell'Assicurato per qualsiasi causa avvenuta;
 - cessazione dell'attività professionale dell'Assicurato;
 - guarigione dell'Assicurato;
 - avvenuto integrale pagamento delle prestazioni assicurate;
 - cessazione degli effetti delle azioni delittuose di terzi.

ART. 14 - RISCHI ASSICURATI

L'Assicurazione vale per:

- A) gli infortuni, che comportino un'inabilità temporanea dell'Assicurato così come contemplato nelle definizioni di polizza, che l'Assicurato subisca nello svolgimento:
- delle attività professionali principali e secondarie;
 - di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità salvo quanto previsto dal successivo art. 15 "Esclusioni".

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 volontaria o attiva;
- b. gli infortuni provocati da qualsiasi evento naturale (quali ad esempio: terremoti, tempeste uragani, eruzioni vulcaniche, franamento del terreno, slavine e simili);

- c. gli infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli e natanti in genere compresi i mezzi di terzi e/o pubblici, salvo quando disposto dalle lettere e) e f) dell'art. 15 "Esclusioni";
- d. gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei in qualità di puro passeggero;
- e. i colpi di sole e di calore, l'assideramento e il congelamento nonché in genere gli effetti della temperatura esterna, degli agenti atmosferici e di altre influenze termiche e atmosferiche;
- f. gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza e quelli dovuti a vertigini;
- g. l'asfissia dovuta a involontaria aspirazione di gas o vapori;
- h. l'avvelenamento le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- i. i morsi e i calci di animali, le morsicature, le punture e le ustioni provocate da animali, insetti e vegetali;
- j. le infezioni comprese quelle tetaniche conseguenti a infortuni risarcibili a termini di polizza;
- k. le lesioni muscolari e tendinee determinate da sforzi (esclusi gli infarti 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 dall'infortunio;
- o. le immersioni in mare, a profondità superiore ai trenta metri se accompagnati da altre persone.

B) Le malattie che comportino un'inabilità temporanea dell'Assicurato così come contemplato nelle definizioni di polizza.

C) L'azione delittuosa di terzi che comporti l'impossibilità per l'Assicurato ad attendere alle sue abituali attività professionali.

ART. 15 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a. guerra, insurrezione, invasione e operazioni militari, ammutinamento, guerra civile, rivoluzione, usurpazione di potere nel caso in cui l'Assicurato giunge sul posto quando tali ostilità siano già iniziate. Qualora tali eventi avessero inizio mentre l'Assicurato si trova già sul luogo, la garanzia avrà validità limitatamente ad una durata massima di trenta giorni purché l'Assicurato non vi prenda parte attiva;
- b. trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle;
- c. suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale o delittuosa o sediziosa compiuta dalle persone assicurate;
- d. uso di sostanze stupefacenti, allucinogene e simili non prescritte da ricetta medica di un medico specialista;
- e. guida di veicoli o natanti per i quali l'Assicurato non sia in possesso della relativa abilitazione e dell'età prescritta dalla legge o sotto l'influenza di alcool o/e sostanze stupefacenti;
- f. partecipazione a corse o gare e relative prove comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g. partecipazione a corse e gare e relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche che non abbiano carattere dilettantistico;
- h. pratica di paracadutismo, parapendio e di altri sport aerei; guida e uso di mezzi di locomozione subacquei e dalla guida di velivoli in genere.

Sono altresì escluse dall'Assicurazione:

- 1. le conseguenze di un infortunio o di una malattia pre-esistente;
- 2. le malattie croniche esclusa la prima manifestazione purché avvenga durante il periodo di copertura;
- 3. le gravidanze, il puerperio, i parti e gli aborti;
- 4. le malattie mentali come indicate al successivo Art. 18;

5. le intossicazioni conseguenti ad uso di alcolici o uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
6. le conseguenze di cure dimagranti e dietetiche;
7. le malattie e infortuni conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), insurrezione, potere, militare, guerra civile, ostilità, invasione e rivoluzione salvo quanto previsto al punto a);
8. le malattie conseguenti a trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure a radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. gli interventi di natura estetica eccettuati quelli resi necessari dalle conseguenze dell'infortunio.

Sono altresì escluse dall'Assicurazione:

- le malattie e gli infortuni derivanti direttamente o indirettamente da qualsiasi esplosione e/o contaminazione dovute a sostanze e/o ordigni nucleari, chimici e biologici in seguito ad atti terroristici. Un atto di terrorismo viene considerato come un atto o più atti di qualsiasi persona, o gruppo di persone, sulla base di scopi religiosi, ideologici, o simili e compiuti con l'intento di influenzare i governi e/o mettere in condizioni di timore l'opinione pubblica o parte di essa. L'attività terroristica può includere ma non limitarsi all'uso attuale della forza o violenza e/o alla minaccia di detto uso. Inoltre, gli autori di atti terroristici possono sia agire da soli o per conto o in connessione con qualsiasi organizzazione(i) o governo(i). Per contaminazione si intende la contaminazione o l'avvelenamento di persona da sostanze nucleari, chimiche e biologiche che sono causa di malattie e morte. Nell'eventualità che i Sottoscrittori ritengano che una perdita non sia coperta da questa polizza per motivi legati a questa esclusione, l'onere di provare il contrario ricade sull'Assicurato.

ART. 16 - BUONA FEDE

L'omissione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante del rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, sempre che ciò sia avvenuto in buona fede, non pregiudicheranno il diritto all'indennità fermo restando il diritto della Società, una volta venuta 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. 17 - LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 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, che in tal caso verranno restituiti all'Assicurato. Si conviene tuttavia che la copertura per persone di età superiore a 70 anni è subordinata alla presentazione alla Società di questionario medico.

ART. 18 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono beneficiare della prestazione le persone che, all'inizio di ciascun anno solare, risultino affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o simili e correlate sindromi in ogni modo contratte o denominate. Nel caso si manifesti una di queste malattie l'Assicurazione cessa dopo il primo evento.

ART. 19 - PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELLA GARANZIA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

La polizza decorrerà automaticamente con effetto dalle h. 24.00 dalla data di spedizione o trasmissione della SCHEDA DI ADESIONE purché venga allegata copia del bonifico bancario disposto alle condizioni di cui all'articolo 23 "Premio e indennità assicurata".

La Società emetterà una regolare polizza in tre esemplari da sottoscrivere e scambiare tra l'Assicurato e il Broker.

La presente Polizza scadrà alle h 24 dell'01/02/2012 senza tacito rinnovo.

ART. 20 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio o dell'insorgere della malattia deve essere inviata dall'Assicurato al Broker per iscritto entro trenta giorni dall'infortunio o dall'insorgere della malattia o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve essere completa di descrizione dell'evento e corredata da certificato medico contenente un dettagliato rapporto sulle cause, natura, prevedibile decorso e conseguenze dell'infortunio o della malattia.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita dei Medici della Società a qualsiasi indagine o accertamento che questi ritengano necessari sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i Medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative alle prestazioni mediche sono a carico dell'Assicurato fatta eccezione per i Medici designati dalla Società.

Nel caso di azioni delittuose di terzi la denuncia dovrà essere fatta dall'Assicurato o dagli aventi diritto entro 30 giorni dal momento in cui ne abbiano la possibilità.

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 al risarcimento; se tali obblighi non vengono adempiuti colposamente, la Società ha il diritto di ridurre il risarcimento in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 21 - PAGAMENTO DELL'INDENNITA'

Il pagamento dell'indennità sarà eseguito presso il domicilio dell'Assicurato entro trenta giorni dalla data in cui è stata definitivamente accertata la ripresa della piena capacità lavorativa da parte dell'Assicurato stesso e sottoscritto l'atto di liquidazione consensuale.

In caso di accertamento giudiziale del danno o di accertamento a mezzo del Collegio Medico arbitrale, il pagamento dell'indennità resta sospeso sino alla data di esecutività della sentenza o della notifica del lodo arbitrale.

ART. 22 - ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

L'Assicurato ha diritto di chiedere, prima della liquidazione del sinistro, il pagamento di un acconto, fino ad un massimo del 50% dell'importo ragionevolmente presumibile del sinistro stesso a condizione che non siano sorte contestazioni sulla indennizzabilità e che il periodo di assenza dal lavoro possa essere superiore a 60 giorni oltre la franchigia. Il pagamento dell'anticipo di cui sopra sarà concesso solo su accordo della Società.

ART. 23 - PREMIO E INDENNITA' ASSICURATA

L'Assicurato ha facoltà di scegliere ed indicare nella SCHEDA DI ADESIONE l'indennità assicurata purché questa non ecceda i limiti indicati. Il premio dovuto è determinato moltiplicando l'indennità prescelta per il coefficiente indicato in funzione dell'età dell'Assicurato, così come da tabella di seguito riportata.

Indennità giornaliera scelta: € _____

L'indennità giornaliera massima assicurabile non può eccedere la somma così calcolata:

$$\frac{80\% \text{del fatturato annuo dell'Assicurato}}{365}$$

(prendendo come riferimento l'ultimo esercizio completato), con il massimo di € 1.000,00 al giorno

ETA' dell'Assicurato	Fino a 40	41 - 45	46 - 50	51 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75
TASSO	3,70	4,50	5,30	7,60	8,70	10,70	Copertura e tasso subordinati a esame questionario medico

La copertura assicurativa è subordinata alla compilazione di dichiarazione di buona salute.

Nel caso in cui la SCHEDA DI ADESIONE sia compilata successivamente al 1° aprile 2011, potranno essere applicate delle riduzioni di premio pro-rata come da tabella sottoelencata:

RICHIESTA DI ADESIONE PERVENUTA	PREMIO
Dall'01.04.2011 al 31.05.2011	80% del premio annuo per l'intero periodo fino all'01.02.2012
Dall'01.06.2011 al 31.07.2011	65% del premio annuo per l'intero periodo fino all'01.02.2012
Dopo il 01.08.2011	50% del premio annuo per l'intero periodo fino all'01.02.2012

Bonifico bancario sul conto corrente

ART. 24 – 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, questi ultimi 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 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

LA SOCIETA'

L'ASSICURATO

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile il sottoscritto Assicurato dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute nei seguenti articoli:

- ART. 2 - VARIAZIONE DEL RISCHIO
- ART. 3 - DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE
- ART. 5 - CONTROVERSIE
- ART. 6 - DEROGA ALL'USO DELLA TACITA PROROGA
- ART. 13 - DURATA DELLA PRESTAZIONE E FRANCHIGIE

- ART. 15 - ESCLUSIONI
- ART. 16 - BUONA FEDE
- ART. 17 - LIMITI DI ETÀ
- ART. 18 - PERSONE NON ASSICURABILI
- ART. 19 - PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELLA GARANZIA E DURATA
DELL'ASSICURAZIONE
- ART. 20 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI
- ART. 23 - PREMIO E INDENNITA' ASSICURATA

L'ASSICURATO
