

“TUTELA PERSONA”

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi sugli infortuni

Edizione 08_2022

Il presente Set Informativo, contenente

- a) DIP
- b) DIP AGGIUNTIVO
- c) GLOSSARIO E CONDIZIONI DI POLIZZA
- d) SCHEDE PRODOTTO
- e) ALLEGATO 3
- f) ALLEGATO 4
- g) ALLEGATO 4 TER

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione

**“Prima della sottoscrizione
leggere attentamente la Nota Informativa”**

Polizza Infortuni “Tutela persona”

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni professionali e/o extraprofessionali



Che cosa è assicurato?

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

- ✓ delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza;
- ✓ di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

- ✓ l'asfissia non da origine morbosa;
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento od il congelamento;
- ✓ la folgorazione;
- ✓ le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- ✓ i colpi di sole, di calore o di freddo;
- ✓ gli infortuni subiti in stato di incoscienza o malore, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici;
- ✓ gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- ✓ gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi “volo”, “Infortuni determinati da calamità naturali”, “Infortuni causati da guerra, guerriglia, o insurrezione” del presente contratto, nei limiti e con le modalità ivi descritte.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone atte da: acolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici, nonché le persone con più di 75 anni di età.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! da suicidio e tentato suicidio;
- ! da guerre (dichiarate e non), guerriglie ed insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.;
- ! da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- ! di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di “prove libere” – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.L.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- ! dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto il “Rischio volo”;
- ! dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; dalla pratica dei seguenti sport: bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board fuori pista o acrobatico o estremo, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idrosci, kite-surf, alpinismo o scalata di rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti “in solitaria”, Free-climbing (arrampicata libera o “in solitaria”), salto con l'elastico nel vuoto, speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- ! partecipazione a corse o gare - e relative prove od allenamenti - ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, triathlon, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinate dagli stessi. ! Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplessia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo le “Lesioni Speciali”.



Dove vale la copertura?

Per la garanzia infortuni l'ambito geografico di validità è tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono fornire tutte le informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C..

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Altre assicurazioni - L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 c.c.. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.

Il premio di polizza è annuale; è però consentito il frazionamento in rate semestrali verso aumento del 3%.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso ai seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Le Assicurazioni di Roma;
- ordini di bonifico
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza. Se la durata del contratto è poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza contrattuale pattuita con preavviso di 30 giorni. La disdetta avrà effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di disdetta è stata esercitata, senza oneri a carico dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 secondo comma c.c..

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Tale disposto però non è applicabile per la garanzia Invalidità permanente da malattia qualora inserita in polizza. In caso di disdetta da parte della Società nei termini su indicati, la garanzia Invalidità permanente da malattia, verrà mantenuta sino alla fine pattuita del contratto.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Le Assicurazioni di Roma -

Prodotto: Tutela Persona

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 08_2022, ultima versione disponibile.

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni) per aiutarti a capire meglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Prima di sottoscrivere il contratto, devi prendere visione delle condizioni di assicurazione.

Chi è l'Impresa di Assicurazione?

Le Assicurazioni di Roma Mutua Assicuratrice Romana.

Sede legale: Italia

Indirizzo: lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma

Recapito telefonico: 0658781 - **Sito internet:** www.adir.it

Indirizzo e mail: info@adir.it;

PEC: adir@pec.it

Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 26/11/1984 pubblicato sulla G.U. n. 357 del 31/12/1984 sup ord. N. 79 e Provv. ISVAP n°2602 del 28/03/2008 su Bollettino ISVAP, anno III° n. 3 (Sez. I - Albo Imprese IVASS n° 1.00040).

Il Patrimonio netto di Le Assicurazioni di Roma è pari a 184,3 milioni di euro di cui 15,5 milioni di euro di fondo di garanzia statutario e 168,8 milioni di euro di riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità e l'ammontare dell'SCR, per l'anno 2021 è pari al 264,82%.

Il requisito patrimoniale minimo è pari ad € 19.150.381,00.

I fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari ad € 202.858.838,00.

Che cosa è questa polizza?

Questa polizza offre una copertura contro gli infortuni professionali e/o extraprofessionali.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Infortuni

Si può optare tra le seguenti garanzie:

Morte: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali., e/o

Invalidità permanente: riconosce il pagamento di un indennizzo in caso di perdita definitiva, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

A tali garanzie se ne possono aggiungere altre, quali:

Rimborso Spese Sanitarie: rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata – le spese sanitarie indicate in polizza effettivamente sostenute per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Diaria da Ricovero : Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza rende necessario il ricovero in Istituto di cura, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata alla voce "Ricovero e convalescenza" per ciascun giorno di effettivo ricovero.

Indennità da ricovero e gessatura: in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia determinato:

l'applicazione di una "Gessatura", la Società corrisponderà un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla relative voce.

Inabilità Temporanea: se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, la Società corrisponde la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Inabilità temporanea":

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

La copertura infortuni comprende anche:

- Le ernie di origine traumatiche;

- La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine; in particolare: tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale

L'assicurazione Infortuni si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni e possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

RISCHI EXTRAPROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio sulle garanzie, consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vita comune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività comunque remunerata.

RISCHI PROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio sulle garanzie, consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO**Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (Condizione Particolare D)**

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte di Le Assicurazioni di Roma all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa ma con l'applicazione delle franchigie eventualmente stabilite nella presente polizza.

Ernie traumatiche o da sforzo (Condizione particolare E)

Fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente, di inabilità temporanea e di diaria (sempre che queste ultime siano previste dal contratto), ed alle seguenti condizioni:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 91° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea o di diaria, fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 29 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora il presente contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di 91 giorni sopra stabilito, decorre:
 - dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;
 - dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da questa previste.

Analogamente, nel caso di variazioni intervenute nel corso di contratto, il suddetto termine decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

Rinuncia alla rivalsa (Condizione particolare G)

Le Assicurazioni di Roma rinuncia a favore dell' Assicurato, dei beneficiari designati o, in difetto, degli eredi, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Rischi speciali sportivi (Condizione particolare H1)

A parziale deroga del disposto dell'art. 23, lettera d, delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, ferme tutte le altre esclusioni, la garanzia viene estesa, fatta eccezione per l' inabilità temporanea, ai rischi derivanti dallo svolgimento a carattere ricreativo (esclusi professionisti) delle seguenti discipline sportive: Atletica Pesante e Lotta nelle sue varie forme; Scalata di roccia o ghiaccio fino al 3° grado della scala di Monaco; Speleologia; Rugby e Football americano.

La garanzia per Invalidità Permanente è prestata, a deroga delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, con una franchigia assoluta del 10%, pertanto la liquidazione dell'indennizzo non verrà effettuata quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 10% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulti superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato secondo le percentuali previste nella tabella, alle colonne "Percentuale da LIQUIDARE sulla somma assicurata", ridotte di 5 punti (art. 14 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni).

Rischi Speciali Sportivi (Condizione particolare H2)

A parziale deroga del disposto dell'art. 23, lettera d, delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, ferme tutte le altre esclusioni, la garanzia viene estesa, fatta eccezione per l' inabilità temporanea, ai rischi derivanti dallo svolgimento a carattere ricreativo (esclusi professionisti) della seguente disciplina sportiva: Immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua).

La garanzia per Invalidità Permanente è prestata, a deroga delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, con una franchigia assoluta del 10%, pertanto la liquidazione dell'indennizzo non verrà effettuata quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 10% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulti superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato secondo le percentuali previste nella tabella, alle colonne "Percentuale da LIQUIDARE sulla somma assicurata", ridotte di 5 punti (art. 14 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni).

Malattie Professionali (Condizione particolare F1.1)

L'assicurazione, limitatamente ai casi di morte e invalidità permanente, viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morbosso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata, come stabilito dal l'Art. 23 punto m) delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.



Che cosa non è assicurato?

Soggetti esclusi	<ul style="list-style-type: none"> • Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi nonché le persone affette da epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici. • Non sono assicurabili le persone con età superiore a 75 anni
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti rese dal contraente al momento della sottoscrizione del contratto o l'omessa comunicazione di cambiamenti che aggravano il rischio assicurato possono comportare, fatti salvi i diritti dei terzi danneggiati, la cessazione della polizza e l'esercizio da parte dell'Impresa del diritto di rivalsa totale o parziale per i danni pagati ai terzi.



Ci sono limiti di copertura?

Infortunati	<p>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</p> <p>PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI</p> <p><u>Infortunati determinati da calamità naturali</u></p> <p>In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza subito in conseguenza di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 8.000.000 per tutti gli indennizzi.</p> <p>Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.</p> <p>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.</p> <p>Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio".</p> <p>Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.</p> <p>Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella, le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta; - nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso; - nel caso in cui l'invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella, e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati. <p>Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente</p> <p>A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità: - la somma assicurata viene corrisposta per intero nel caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale. - nessun indennizzo spetta invece quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale.</p> <p>- qualora l'invalidità accertata sia di grado superiore al 3% Le Assicurazioni di Roma liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:</p>			
	Grado ACCERTATO di Invalidità Permanente	% da LIQUIDARE sulla somma assicurata	Grado ACCERTATO di Invalidità Permanente	% da LIQUIDARE sulla somma assicurata
	Fino a 3	0	32	44
	4	1	33	46
	5	2	34	48
	6	3	35	50
	7	4	36	52
	8	5	37	54
	9	6	38	56
	10	7	39	58
	11	8	40	60
	12	9	41	62
	13	10	42	64
	14	11	43	66
	15	12	44	68
	16	14	45	70
	17	15	46	72

18	16	47	74
19	18	48	76
20	20	49	78
21	22	50	80
22	24	51	82
23	26	52	84
24	28	53	86
25	30	54	88
26	32	55	90
27	34	56	92
28	36	57	94
29	38	58	96
30	40	59	98
31	42	Oltre 60	100

INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto, per un periodo massimo di 365 giorni:

a. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;

b. al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto, sempreché la denuncia sia stata presentata a Le Assicurazioni di Roma entro tre giorni dalla data dell'infortunio, a partire:

- dal 6° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo non è superiore a € 25,00;

- dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 25,00 e € 40,00;

- dall' 11° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 40,00 e € 60,00;

- dal 21° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è superiore a € 60,00.

Se la denuncia viene presentata in ritardo, rispetto al suddetto termine di tre giorni, le decorrenze che precedono avranno inizio dal giorno successivo a quello di presentazione della denuncia stessa, fermo in ogni caso il disposto dell'art. 26 delle Condizioni Generali. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino compiuta guarigione; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Le Assicurazioni di Roma possa stabilire una data anteriore.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente e per morte.

Franchigia per Inabilità Temporanea:

è prevista una franchigia fissa ed assoluta di 5 giorni.

RIMBORSO SPESE DI CURA

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, Le Assicurazioni di Roma rimborsa entro il limite del massimale garantito per sinistro, le spese sostenute dall'Assicurato stesso per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici;
- i diritti di sala operatoria;
- le rette di degenza.

Inoltre fino a concorrenza di un importo non superiore ai 20% del massimale stesso, Le Assicurazioni di Roma rimborsa le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;
- i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

Le Assicurazioni di Roma effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta italiana, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO O GESSATURA

Nel caso di ricovero o gessatura reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, Le Assicurazioni di Roma corrisponde l'importo della diaria assicurata per ogni giorno di degenza o gessatura e per la durata massima di 150 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come unico giorno.

L'indennizzo previsto dal presente articolo non è cumulabile con quello eventualmente dovuto per Inabilità temporanea.

	<p><u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u></p> <p>Morte 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 testamentari o legittimi non sono tenuti a rimborsare quanto eventualmente percepito in più ma hanno diritto a percepire la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato da Le Assicurazioni di Roma per invalidità permanente. Se l'infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non separato e se i loro figli minorenni conviventi, risultano beneficiari dell'assicurazione, Le Assicurazioni di Roma paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 100%.</p> <p>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Condizioni di polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.</p> <p>RIMBORSO SPESE SANITARIE - Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi odontoiatriche applicate prima dell'infortunio.</p> <p>INDENNITÀ DI IMMOBILIZZAZIONE E GESSATURA - Sono sempre esclusi dalla garanzia i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o così detti "mollì" nonché altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.</p> <p>INABILITÀ TEMPORANEA - L'indennizzo per inabilità temporanea non è cumulabile con la garanzia "Indennità di immobilizzazione e gessatura"; se coesistenti, l'indennità prevista per applicazione di gessatura, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, per il periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.</p>
--	---



Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale per il mondo intero.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto deve darne avviso scritto a "Le Assicurazioni di Roma" entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.</p> <p>La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze con la specificazione delle cause cliniche della proroga; in mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Le Assicurazioni di Roma possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire a Le Assicurazioni di Roma le indagini e gli accertamenti necessari.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c..</p>
---------------------------------------	--

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, Le Assicurazioni di Roma si impegna ad emettere atto di transazione e/o quietanza entro 30 giorni dalla consegna del certificato di guarigione clinica senza postumi o dalla visita medica, e provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 20 giorni dalla data di emissione dell'atto stesso.



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Il pagamento può essere effettuato tramite assegno bancario o circolare, bonifico ed altri sistemi di pagamento elettronico oppure, nei limiti previsti dalla Legge, con denaro contante (€ 750,00).</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte di legge.</p> <p>E' possibile chiedere il frazionamento del premio con le seguenti maggiorazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • semestrale: + 3%
---------------	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.</p> <p>I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.</p> <p>Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 Codice Civile.</p> <p>L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in polizza. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, con possibilità però per il Contraente e per Assicurazioni di Roma di escludere il tacito rinnovo.</p>
---------------	--



Come posso disdire la polizza?

Risoluzione	<p>In caso di sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta a Le Assicurazioni di Roma. Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, è necessario comunicare la disdetta almeno 60 giorni prima della scadenza annuale. Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni, dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di 60 giorni.</p>
--------------------	--



A chi è rivolto questo prodotto?

Si rivolge a tutte le persone dal momento che vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione:

- Questa polizza non prevede alcun costo di intermediazione in quanto “Le Assicurazioni di Roma” non si avvale di intermediari ma distribuisce il prodotto direttamente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno inoltrati a: Le Assicurazioni di Roma, Servizio Reclami – Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma, Fax 065884117; e-mail reclami@adir.it La compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma – fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	E' un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).
Negoziazione assistita	La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/finnet/index.en.htm Arbitrato: le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

<u>Glossario</u>	3
<u>Norme che regolano l'assicurazione in generale</u>	4
<u>Norme che regolano l'assicurazione infortuni</u>	6
<u>Condizioni particolari</u>	12
<u>Tabella delle attività</u>	14
<u>Esempio di lettera di denuncia sinistro</u>	17

GLOSSARIO

(Termini ai quali le parti attribuiscono, nell'ambito del presente contratto, il significato qui precisato)

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Attività lavorativa: ogni occupazione professionale principale e secondaria nonché ogni altra attività remunerata.

Beneficiari: la persona o le persone cui viene devoluta, su espressa designazione dell'Assicurato, la somma prevista per il caso di morte; in mancanza di designazione, gli eredi dell'Assicurato.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Franchigia: parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato espressa in punti percentuali di invalidità permanente o in giorni di inabilità temporanea o di ricovero o di gessatura oppure espressa in cifra fissa.

Gessatura: l'applicazione di apparecchiatura gessate oppure la contenzione con fasce rigide e fisse o apparecchi ortopedici immobilizzanti.

Inabilità Temporanea: temporanea incapacità fisica ad attendere all'occupazione professionale dichiarata in polizza.

Indennizzo: la somma dovuta da Le Assicurazioni di Roma in caso di sinistro.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzo esclusi gli infarti e le ernie, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza, le affezioni conseguenti a punture di insetti o aracnidi e morsi di animali con esclusione comunque della malaria, del carbonchio e delle malattie tropicali.

Invalidità Permanente: la perdita parziale o totale o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Polizza: il documento che contiene le condizioni di assicurazione e ne prova l'esistenza.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a Le Assicurazioni di Roma.

Ricovero: la degenza in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sforzo: esplicazione di una energia non abituale sproporzionata alle condizioni fisiche del soggetto posta in atto per vincere una resistenza improvvisa ed abnorme.

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

Società: Le Assicurazioni di Roma.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti del l'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. Qualora le somme assicurate con altre polizze - escluse quelle in forma cumulativa non stipulate dallo stesso Contraente - superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione Le Assicurazioni di Roma, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 3 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15 giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Le Assicurazioni di Roma al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Le Assicurazioni di Roma

Art. 4 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto

Art. 5 Aggravamento del rischio (Vedere anche Art. 18)

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Le Assicurazioni di Roma di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Le Assicurazioni di Roma possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 6 Diminuzione del rischio

Ne l caso di diminuzione del rischio, Le Assicurazioni di Roma è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 15 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 8 Oneri fiscali

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

Art. 9 Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede legale del convenuto, ovvero quello del luogo di residenza o sede legale dell'attore, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 10 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Norme che regolano l'assicurazione infortuni

Art. 11 Rischio Assicurato

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza;
- di ogni altra normale attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Art. 12 Morte

In caso di:

- infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza - non oltre due anni dal giorno dell'infortunio;
- scomparsa dell'Assicurato a seguito di affondamento o naufragio di nave, sempreché ne sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo, ed il corpo dell'Assicurato non sia stato ritrovato entro un anno dalla data dell'incidente e siano comunque trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile;

Le Assicurazioni di Roma corrisponde, ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, in parti uguali, il capitale indicato in polizza per il caso morte da infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, Le Assicurazioni di Roma ha diritto alla restituzione della somma pagata e relative spese e l'Assicurato stesso, a restituzione avvenuta, potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente.

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 testamentari o legittimi non sono tenuti a rimborsare quanto eventualmente percepito in più ma hanno diritto a percepire la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato da Le Assicurazioni di Roma per invalidità permanente.

Se l'infortunio provoca la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non separato e se i loro figli minorenni conviventi, risultano beneficiari dell'assicurazione, Le Assicurazioni di Roma paga la somma convenuta per il caso di morte, aumentata del 100%.

Art. 13 Invalidità permanente

In caso di infortunio che abbia come conseguenza diretta un'invalidità permanente dei l'Assicurato, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza ma comunque non oltre due anni dalla data dell'infortunio, Le Assicurazioni di Roma corrisponde l'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al grado di invalidità permanente accertata. Le Assicurazioni di Roma corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	3%
una falange dell'alluce	2,5%
una falange di altro dito del piede	1%

un arto inferiore sopra del ginocchio	60%
un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
un rene	20%
la milza	10%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale bilaterale	15%
esiti di frattura amielica somatica da schiacciamento	
* di vertebre cervicali	10%
* di vertebre dorsali	7%
* della 12 a dorsale	12%
* delle 5 lombari	12%
esiti di frattura del sacro e del coccige con callo deforme e dolente	5%

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Se, al momento dell'evento, 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.

In caso di perdita o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali come innanzi determinate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, la percentuale di invalidità permanente sarà stabilita in analogia ai casi elencati nella tabella stessa tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Art. 14 Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità: - la somma assicurata viene corrisposta per intero nel caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale. - nessun indennizzo spetta invece quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale.

- qualora l'invalidità accertata sia di grado superiore al 3% Le Assicurazioni di Roma liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Grado ACCERTATO di Invalidità Permanente	% da LIQUIDARE sulla somma assicurata	Grado ACCERTATO di Invalidità Permanente	% da LIQUIDARE sulla somma assicurata
Fino a 3	0	32	44
4	1	33	46
5	2	34	48
6	3	35	50
7	4	36	52
8	5	37	54
9	6	38	56
10	7	39	58
11	8	40	60
12	9	41	62
13	10	42	64
14	11	43	66
15	12	44	68
16	14	45	70
17	15	46	72
18	16	47	74
19	18	48	76
20	20	49	78

21	22	50	80
22	24	51	82
23	26	52	84
24	28	53	86
25	30	54	88
26	32	55	90
27	34	56	92
28	36	57	94
29	38	58	96
30	40	59	98
31	42	Oltre 60	100

Art. 15 Inabilità Temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto, per un periodo massimo di 365 giorni:

- a. integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
 - b. al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.
- L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto, sempreché la denuncia sia stata presentata a Le Assicurazioni di Roma entro tre giorni dalla data dell'infortunio, a partire:
- dal 6° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo non è superiore a € 25,00;
 - dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 25,00 e € 40,00;
 - dall' 11° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 40,00 e € 60,00;
 - dal 21° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è superiore a € 60,00.

Se la denuncia viene presentata in ritardo, rispetto al suddetto termine di tre giorni, le decorrenze che precedono avranno inizio dal giorno successivo a quello di presentazione della denuncia stessa, fermo in ogni caso il disposto dell'art. 26 delle Condizioni Generali. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificazione medica da rinnovare alle rispettive scadenze, fino compiuta guarigione; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Le Assicurazioni di Roma possa stabilire una data anteriore. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per invalidità permanente e per morte.

Art. 16 Rimborso spese cura

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, Le Assicurazioni di Roma rimborsa entro il limite del massimale garantito per sinistro, le spese sostenute dall'Assicurato stesso per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici;
- i diritti di sala operatoria;
- le rette di degenza.

Inoltre fino a concorrenza di un importo non superiore ai 20% del massimale stesso, Le Assicurazioni di Roma rimborsa le spese sostenute per:

- le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;
- i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.

Le Assicurazioni di Roma effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta italiana, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

Art. 17 Indennità giornaliera per ricovero o gessatura

Nel caso di ricovero o gessatura reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, Le Assicurazioni di Roma corrisponde l'importo della diaria assicurata per ogni giorno di degenza o gessatura e per la durata massima di 150 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come unico giorno.

L'indennizzo previsto dal presente articolo non è cumulabile con quello eventualmente dovuto per Inabilità temporanea.

Art. 18 Attività diverse da quelle dichiarate

Fermo il disposto degli artt. 1, 5, 6 e 23 delle Condizioni Generali di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione a Le Assicurazioni di Roma, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio;
- l'indennizzo non sarà corrisposto per le attività non assicurabili.

	Classe	Attività dichiarata		
		A	B	C
Attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100
	B	75	100	100
	C	60	72	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" ove sono indicati anche le corrispondenti classi di rischio (vedere tabella pagine 21 - 23). Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a una attività elencata.

Art. 19 Rischio guerra

A parziale deroga dell'art. 23, lett. I), delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione vale anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra - dichiarata o non o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi, e sia impossibilitato ad abbandonare il paese stesso, mentre si trova ad di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva.

La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautica.

Art. 20 Rischio calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 23, lett. 1), delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche sempreché tali calamità colpiscano l'Assicurato al di fuori del Comune di residenza. La garanzia di cui al presente articolo non è operante nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 21 Servizio militare

L'assicurazione è prestata durante il servizio militare di ferma breve in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio.

Art. 22 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. L' inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 23 Rischi esclusi

Con riferimento alle garanzie prestate, l'assicurazione non è operante per gli infortuni causati:

- a. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili; dalla pratica del volo da diporto o sportivo anche con l'uso di deltaplani con o senza motore, di ultraleggeri, di alianti, nonché dalla guida ed uso di mezzi subacquei;
- d. dall'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo:
pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali nelle loro varie forme, rugby, football americano, hockey, snowboard, skateboard, scalata di roccia o ghiaccio, free climbing (arrampicata libera), discesa di rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bobsleigh (guidosiitta), skeleton (slittino), bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- e. dalla partecipazioni a competizioni - e relative prove - ippiche, calcistiche e sciistiche, ciclistiche, di pallacanestro, di pallavolo organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi simili o patrocinati dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali e interaziendali;
- f. da delitti compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- g. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h. da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- i. da ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- l. guerra, insurrezioni, atti di terrorismo e/o sabotaggio organizzato, tumulti popolari e sommosse, movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dagli artt. 19 e 20 delle Condizioni Generali di Assicurazione;
- m. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 24 Limite di età

Qualora la copertura assicurativa prestata con il presente contratto non preveda l'indicazione in polizza dei dati identificativi dell'Assicurato (nome, cognome, data di nascita), l'assicurazione è valida per le persone di età **non superiore a 75 anni**.

Se invece la copertura assicurativa prevede l'indicazione di tali dati, si conviene che ad ogni scadenza annuale successiva al raggiungimento del predetto limite di età, il Contraente o Le Assicurazioni di Roma possono recedere dall'assicurazione relativa a tale persona.

Il recesso ha effetto dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso ovvero, se comunicato meno di 30 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza successiva.

Art. 25 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dai la concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), i soggetti sieropositivi nonché le persone affette da epilessia o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 26 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritti deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Le Assicurazioni di Roma entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze con la specificazione delle cause cliniche della proroga; in mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Le Assicurazioni di Roma possa stabilire una data anteriore. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire a Le Assicurazioni di Roma le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 27 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o Le Assicurazioni di Roma possono recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte. Il recesso ha effetto dalla data di invio della

comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 28 Criteri di indennizzabilità

Le Assicurazioni di Roma corrisponde 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.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 13 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale, ma è comunque trasmissibile agli eredi. Quindi, se l'Assicurato decede, per causa indipendente dall'infortunio, sia prima che dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo liquidato od offerto.

La stessa procedura si applica anche qualora l'impresa intenda attribuirsi un periodo minimo per l'accertamento dei postumi permanenti. E' infatti consentito agli eredi dell'assicurato, nel caso di premorienza di quest'ultimo rispetto a tale termine o comunque all'accertamento medico legale dell'impresa, la possibilità di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo, mediante la consegna di documentazione medica diversa da quella dell'Impresa, ma idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi. A titolo esemplificativo ma non limitativo, l'Impresa è tenuta ad accettare certificazioni INAIL, INPS, certificazioni ospedaliere, referti, cartelle cliniche, certificati di medici specialisti, di famiglia di vario tipo, ecc..

Art. 29 Controversie - arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulle sue conseguenze a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, sono demandate per iscritto affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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 remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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. Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 30 Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, Le Assicurazioni di Roma si impegna ad emettere atto di transazione e/o quietanza entro 30 giorni dalla consegna del certificato di guarigione clinica senza postumi o dalla visita medica, e provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 20 giorni dalla data di emissione dell'atto stesso.

Condizioni Particolari

(APPLICABILI SOLTANTO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA E PER LE QUALI SIA STATO CORRISPOSTO, OVE PREVISTO, IL RELATIVO PREMIO)

A. Assicurazione di gruppo

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

B. Limitazione dell'Assicurazione agli infortuni extraprofessionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità

C. Limitazione dell'Assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità. L'assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

D. Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente

A parziale deroga dell'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte di Le Assicurazioni di Roma all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa ma con l'applicazione delle franchigie eventualmente stabilite nella presente polizza.

E. Ernie traumatiche o da sforzo

Fermi i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche o da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente, di inabilità temporanea e di diaria (sempre che queste ultime siano previste dal contratto), ed alle seguenti condizioni:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre dal 91° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea o di diaria, fino ad un massimo di trenta giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. 29 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora il presente contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di 91 giorni sopra stabilito, decorre:
 - dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previsti;
 - dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da questa previste.

Analogamente, nel caso di variazioni intervenute nel corso di contratto, il suddetto termine decorre dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

F1. Dirigenti di aziende industriali

(solo in polizze cumulative aziendali)

1) Malattie professionali

L'assicurazione, limitatamente ai casi di morte e invalidità permanente, viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza), che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale; quando la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la franchigia predetta si intende abolita.

Resta confermata, come stabilito dall'Art. 23 punto m) delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

2) Invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall' Art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della società all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio, ferma restando quella contemplata per il caso di malattia professionale e ferme le eventuali franchigie stabilite nella presente polizza.

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio o malattia professionale, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

F2. Dirigenti di aziende commerciali

(solo in polizze cumulative aziendali)

1) Invalidità permanente

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dall'Art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, e con rinuncia da parte della società all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio ma con l'applicazione delle franchigie eventualmente stabilite nella presente polizza.

Qualora l'invalidità permanente conseguente ad infortunio accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 28 delle Condizioni Generali di Assicurazione, comporti l'abbandono del lavoro in qualità di dirigente ed una riduzione permanente delle capacità lavorative generiche in misura non inferiore al 50%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.

G. Rinuncia alla rivalsa

Le Assicurazioni di Roma rinuncia a favore dell' Assicurato, dei beneficiari designati o, in difetto, degli eredi, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

H1 Rischi speciali sportivi (1)

A parziale deroga del disposto dell'art. 23, lettera d, delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, ferme tutte le altre esclusioni, la garanzia viene estesa, fatta eccezione per l' inabilità temporanea, ai rischi derivanti dallo svolgimento a carattere ricreativo (esclusi professionisti) delle seguenti discipline sportive: Atletica Pesante e Lotta nelle sue varie forme; Scalata di roccia o ghiaccio fino al 3° grado della scala di Monaco; Speleologia; Rugby e Football americano.

La garanzia per Invalidità Permanente è prestata, a deroga delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, con una franchigia assoluta del 10%, pertanto la liquidazione dell'indennizzo non verrà effettuata quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 10% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulti superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato secondo le percentuali previste nella tabella, alle colonne "Percentuale da LIQUIDARE sulla somma assicurata", ridotte di 5 punti (art. 14 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni).

H2 Rischi Speciali Sportivi (2)

A parziale deroga del disposto dell'art. 23, lettera d, delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, ferme tutte le altre esclusioni, la garanzia viene estesa, fatta eccezione per l' inabilità temporanea, ai rischi derivanti dallo svolgimento a carattere ricreativo (esclusi professionisti) della seguente disciplina sportiva: Immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua).

La garanzia per Invalidità Permanente è prestata, a deroga delle norme che regolano l'assicurazione infortuni, con una franchigia assoluta del 10%, pertanto la liquidazione dell'indennizzo non verrà effettuata quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 10% della totale. Se invece l'invalidità permanente risulti superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato secondo le percentuali previste nella tabella, alle colonne "Percentuale da LIQUIDARE sulla somma assicurata", ridotte di 5 punti (art. 14 delle norme che regolano l'assicurazione infortuni).

Tabella delle attività

Classe A

- Amministratori di beni propri o altrui
- Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Avvocati e procuratori legali
- Barbieri
- Benestanti senza particolari occupazioni
- Biologi
- Clero (appartenenti al)
- Commercialisti e consulenti del lavoro
- Commercianti (proprietari e/o addetti), esclusi quelli indicati nelle classi successive
- Dirigenti senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Disegnatori
- Estetisti, callisti, manicure
- Farmacisti
- Fotografi (in studio)
- Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Giornalai
- Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che non prestano lavoro manuale
- Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Insegnanti (escluse materie sperimentali o pratica professionale, educazione fisica)
- Magistrati
- Medici (esclusi veterinari)
- Musicisti
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetriche
- Parrucchieri da donna
- Pensionati
- Sarti
- Studenti
- Vetrinisti

Classe B

- Agenti che operano nei settori: assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
- Agricoltori senza uso di macchine semoventi
- Allenatori sportivi (esclusi sports indicati all'art. 23 punti a, d, e)
- Allevatori (esclusi bovini, equini e suini)
- Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Attori (esclusa partecipazione a scene pericolose)
- Autisti esclusi autocarri superiori a 40 q.li, autobus e trattori
- Ballerini e coreografi
- Calzolari
- Casalinghe
- Casari
- Collaboratori familiari
- Commercianti (proprietari e/o addetti con attività di installazione) di mobili, radio-TV (senza installazione di antenne), elettrodomestici, articoli igienico-sanitari
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di salumeria
- Corniciai
- Cuochi
- Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Fotografi anche all'esterno
- Geologi
- Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

- Gestori di autorimesse (senza autoriparazione)
Giardinieri, vivaisti (escluso potatura e abbattimento piante d'alto fusto)
- Giornalisti
- Imbianchini senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
- Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Insegnanti di materie sperimentali o di pratica professionale e di educazione fisica
- Istruttori di scuola guida
- Lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti senza uso di macchine ed accesso ad officine, cantieri, ponteggi e impalcature
- Litografi
- Massaggiatori e fisioterapisti
- Paramedici
- Periti
- Registi, scenografi (esclusa partecipazione a scene pericolose)
- Riparatori radio-TV, elettrodomestici in genere (esclusa installazione di antenne)
- Tappezzieri
- Tipografi
- Veterinari
- Vigili urbani

Classe C

- Agricoltori con uso di macchine agricole
- Allevatori di animali bovini, equini e suini
- Antennisti, commercianti e/o riparatori con installazione antenne TV
- Autisti di autocarri superiori a 40 q.li, autobus e trattori
- Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauto e simili
- Carpentieri
- Cavaioi (operai cave di marmo o di pietra senza uso di mine)
- Commessi viaggiatori
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di macelleria senza macellazione
- Eletttricisti
- Fabbri
- Falegnami
- Guardiapesca, guardie campestri, guardiacaccia
- Idraulici
- Imbianchini con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Imprenditori (escluso agricoltori, artigiani e commercianti) che prestano lavoro manuale
- Lavoratori dipendenti (diversi da impiegati, quadri e dirigenti) con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri, ponteggi e impalcature
- Marmisti
- Muratori
- Pescatori
- Vetrai

Non sono assicurabili

- Acrobati, domatori di belve, attrezzisti, cascatori ed il personale dei circhi equestri
- Artificieri
- Atleti professionisti
- Boscaioli
- Facchini
- Fantini
- Guardie giurate e guardie notturne
- Macellai con macellazione
- Minatori
- Palombari, sommozzatori e personale navigante
- Paracadutisti
- Persone appartenenti alle Forze dell'Ordine e alle Forze Armate, Vigili del Fuoco
- Persone che lavorano a contatto con energia nucleare
- Piloti sportivi professionisti di veicoli a motore o natanti
- Pirotecnici e le persone che lavorano a contatto con esplosivi

Esempio di lettera di denuncia di sinistro

Raccomandata

Spett. le **Le Assicurazioni di Roma**

Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma

Oggetto: Sinistro a Pol. Tutela Persona N.....

Vi comunico che in data.....in località

.mentre (descrivere l'attività svolta)

ho subito il seguente infortunio

.....

(descrivere come è avvenuto il fatto e quali lesioni ne sono derivate).

Allego la seguente documentazione medica

(oppure: Mi riservo di inviarvi la documentazione medica)

Distinti saluti.
(data e firma)

COS'È	È una polizza con libera scelta dei capitali stipulabile per la copertura del rischio infortuni in forma completa, ossia per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
A CHI È RIVOLTA	La struttura estremamente flessibile e l'ampia gamma di garanzie proposte ne fanno lo strumento indicato per tutti coloro che intendono sottoscrivere una polizza per la copertura del rischio infortuni, sia in forma "individuale" che "cumulativa".
COSA OFFRE	Il pagamento di un indennizzo in caso di infortunio che determini il decesso dell'Assicurato o un'inabilità permanente, un'inabilità temporanea, un ricovero in istituto di cura, una frattura ossea, una convalescenza, il rimborso delle spese di cura sostenute per ricovero/intervento chirurgico od anche in assenza di ricovero/intervento.
LIMITI DI ETA'	Sezione Infortuni: Non sono assicurabili le persone che abbiano superato il 75° anno di età, o che lo superino nel corso del contratto. In quest'ultimo caso si dovrà limitare la durata del contratto.
DURATA CONTRATTUALE	Non sono ammessi contratti di durata inferiore a 1 anno. <ul style="list-style-type: none">▪ durata minima: 1 anno

**FRAZIONAMENTO
DEL PREMIO**

3% di aumento per il frazionamento semestrale.

**PREMIO
MINIMO**

Frazionamento annuale 100,00 euro imponibili.
Frazionamento semestrale 50,00 euro imponibili a semestre.

PRESTAZIONI

Sono assicurate le seguenti conseguenze di infortunio:

- Caso morte
- Caso invalidità permanente

La garanzia può essere prestata con adozione della tabella INAIL, più favorevole rispetto a quella ANIA.

Operano le seguenti franchigie:

- 3% sulle Invalidità Permanenti accertate fino al 15%,
- 2% sulle Invalidità Permanenti accertate dal 16 e fino al 19%. Non viene applicata alcuna franchigia qualora si accertino postumi permanenti pari o superiori al 20%. Per invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% viene corrisposto l'indennizzo come se l'invalidità permanente fosse totale.

- Caso inabilità temporanea

Viene liquidato il 100% dell'indennità giornaliera per tutto il tempo in cui l'Assicurato si trova nella incapacità ad attendere alle sue occupazioni; il 50% per il tempo in cui ha potuto attendere solo in parte alle occupazioni medesime.

L'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'infortunio, con l'applicazione delle seguenti franchigie, a partire:

- dal 6° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo non è superiore a € 25,00;
- dal 9° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 25,00 e € 40,00;
- dall' 11° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è compresa tra € 40,00 e € 60,00;
- dal 21° giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata a tale titolo è superiore a € 60,00.

- Diarie da infortunio

- Nel caso di ricovero o gessatura reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, Le Assicurazioni di Roma corrisponde l'importo della diaria assicurata per ogni giorno di degenza o gessatura e per la durata massima di 150 giorni per evento e per anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati, ai fini della liquidazione, come unico giorno.
- L'indennizzo previsto dal presente articolo non è cumulabile con quello eventualmente dovuto per Inabilità temporanea.

- Rimborso delle spese di cura conseguenti a infortunio

- In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che ha per conseguenza diretta oneri derivanti all'Assicurato per spese di cura, Le Assicurazioni di Roma rimborsa entro il limite del massimale garantito per sinistro, le spese sostenute dall'Assicurato stesso per:
 - - gli accertamenti diagnostici;
 - - gli onorari dei medici;
 - - i diritti di sala operatoria;
 - - le rette di degenza.
- Inoltre fino a concorrenza di un importo non superiore ai 20% del massimale stesso, Le Assicurazioni di Roma rimborsa le spese sostenute per:
 - - le cure in genere, anche termali, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera;
 - - i medicinali ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi.
- Le Assicurazioni di Roma effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure terminate, con l'intesa che per le spese sostenute all'estero il rimborso verrà effettuato in Italia, con valuta italiana, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalla quotazione dell'Ufficio Italiano Cambi.

PRESTAZIONI**Senza che sia necessario pagare alcun sovrappremio sono compresi in garanzia:**

- gli infortuni subiti a seguito dell'esercizio di attività sportive di pratica comune a carattere dilettantistico e ricreativo, comunque non espressamente escluse in polizza;
- gli infortuni subiti a seguito dell'uso e della guida di autoveicoli, caravan, motoveicoli, ciclomotori;
- gli infortuni subiti durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero;
- gli infortuni causati da calamità naturali (es. terremoto, alluvioni);

Sono considerati infortuni anche: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzo esclusi gli infarti e le ernie, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza, le affezioni conseguenti a punture di insetti o aracnidi e morsi di animali con esclusione comunque della malaria, del carbonchio e delle malattie tropicali.

**FORMULA DI
PERSONALIZZAZIONE****Per ampliare le prestazioni (a pagamento):****Sezione Infortuni:**

- Ernie addominali determinate da sforzo
- Rinuncia alla rivalsa
- H1 Rischi speciali sportivi (1)
- Rischi Speciali Sportivi (2)

**FORMULA DI
PERSONALIZZAZIO
NE**

Per ottenere riduzioni di premio:

Sezione Infortuni:

- Limitazione della garanzia ai "soli rischi professionali" o ai "soli rischi extraprofessionali"
Tale scelta può essere esercitata solo da chi svolge attività alle regolari dipendenze di terzi con orario definito e constatabile.

ASPETTI FISCALI

L'aliquota di imposta è del 2,5% per le sezioni Infortuni e Malattia.

**COSA FARE IN
CASO DI SINISTRO****Sezione Infortuni:**

- Denunciare tempestivamente il sinistro a "Le Assicurazioni di Roma".
- Allegare alla denuncia una dettagliata descrizione delle cause e conseguenze dell'infortunio, corredata di certificato medico in originale.
- Presentare:
 - per il pagamento dell'indennità giornaliera di ricovero-day hospital e convalescenza, copia della cartella clinica attestante la durata del ricovero, lo stato di convalescenza, l'intervento di gessatura e della sua rimozione;
 - per il rimborso delle spese di cura, copia della cartella clinica e della documentazione medica relativa alle cure, gli originali delle notule, delle distinte e delle ricevute debitamente quietanzate.
- Qualora l'infortunio abbia cagionato il decesso dell'Assicurato o questo sia sopravvenuto durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso telegrafico all'impresa.

VANTAGGI

- L'elevata personalizzazione: la libertà per ogni assicurato di scegliere il contenuto e l'ampiezza della propria copertura.
- La franchigia modulata per l'Invalidità Permanente.
- L'ampia gamma di garanzie proposte.
- Il buon rapporto prestazioni / premio.
- Copertura valida in tutto il Mondo.

Prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo reperibile presso l'Agenzia di Direzione o sul sito www.adir.it

INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

(Data ultimo aggiornamento dei dati contenuti nell'informativa precontrattuale Ed. 08-2022)

ALLEGATO 3

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018

PARTE III – IMPRESA CHE OPERA IN QUALITÀ DI DISTRIBUTORE

Sezione I – Informazioni generali sull'Impresa che opera in qualità di distributore:

- a. **Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana** (cod. fisc.: 01089780587)
- b. **Iscrizione:** Sez. I dell'Albo delle imprese istituito presso l'IVASS, al n. 1.00040 – cod. IVASS n. A212M
- c. **Sede Legale e Direzione Generale:** Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma
- d. **Recapito telefonico:** 0658781 – **Indirizzo email:** info@adir.it - **PEC:** adir@pec.it
- e. **Sito internet:** www.adir.it

Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 26/11/1984 pubblicato sulla G.U. n. 357 del 31/12/1984 sup ord. N. 79 e Provv. ISVAP (ora IVASS) n. 2602 del 28/03/2008 su Bollettino ISVAP, anno III° n. 3 (Sez. I – Albo Imprese IVASS n° 1.00040)

Gli estremi identificativi e d'iscrizione dell'Impresa possono essere verificati consultando il sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

L'autorità di vigilanza che in Italia ha competenze di controllo sul settore assicurativo e riassicurativo è IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private - Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma

Sezione II – Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente

- a. Il Contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami direttamente a **Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana** al fax 065878335, tramite posta scrivendo a Le Assicurazioni di Roma S.p.A., Ufficio Gestione Reclami, Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma, via mail all'indirizzo reclami@adir.it o via pec all'indirizzo reclami.adir@pec.it.
Qualora il Contraente non dovesse ritenersi soddisfatto dell'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro da parte di Le Assicurazioni di Roma entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo, potrà rivolgersi all'**IVASS, Servizio Tutela del Consumatore**, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
Per la presentazione dei reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile e scaricabile sul sito di IVASS (www.ivass.it), alla sezione "*Per il Consumatore - Come presentare un reclamo*".
Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti.
- b. Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia facoltà del Contraente, ed in alcuni casi necessario, di avvalersi di altri eventuali sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): le parti si avvalgono dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) che le assiste sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010; la richiesta di mediazione si deve attivare prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia consultabile sul sito www.giustizia.it.
- **Negoziazione assistita** (L. 10/11/2014, n.162): accordo mediante il quale le parti in conflitto, assistite dai propri legali, convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia, ai sensi della Legge n. 162 del 10 novembre 2014.
- **Conciliazione paritetica**: le controversie relative a sinistri R.C. Auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 €, nei casi di diniego di offerta o di mancata accettazione dell'offerta di risarcimento se non a titolo di acconto, possono essere trattate mediante la Conciliazione paritetica che nasce da un accordo tra ANIA e alcune Associazioni di Consumatori. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità dettagliate all'interno dei siti: www.ivass.it alla Sezione "Per il Consumatore" e www.ania.it alla Sezione "Consumatori".
- **Arbitrato**: ove previsto dalle condizioni di assicurazione del contratto.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en

INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

(Data ultimo aggiornamento dei dati contenuti nell'informativa precontrattuale Ed. 08-2022)

ALLEGATO 4

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private (“Codice”) e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana (cod. fisc.: 01089780587)

Iscrizione: Sez. I dell'Albo delle imprese istituito presso l'IVASS, al n. 1.00040 – cod. IVASS n. A212M

PARTE III – IMPRESA CHE OPERA IN QUALITA' DI DISTRIBUTORE

Sezione I – Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

Le Assicurazioni di Roma-Mutua Assicuratrice Romana opera prevalentemente attraverso procedure di collocamento diretto dei propri prodotti assicurativi, all'interno dei locali dell'Agenzia di Direzione, ma anche di collocamento a distanza.

- a. L'Impresa non fornisce consulenza ai sensi dell'art. 119-ter, comma 3, delle Codice delle Assicurazioni Private.

Sezione II – Informazioni relative alle remunerazioni

Il personale dipendente di Le Assicurazioni di Roma, direttamente coinvolto nella distribuzione del contratto di assicurazione, percepisce una retribuzione annua lorda regolamentata dalle tabelle del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro delle Imprese di Assicurazione.

A tale compenso non si aggiunge nessuna componente variabile e/o aggiuntiva.

ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

(Data ultimo aggiornamento dei dati contenuti nell'informativa precontrattuale Ed. 08-2022)

ALLEGATO 4 - ter

Ai sensi delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private ("Codice") e del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018

Il distributore ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e il collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.

Impresa che opera in qualità di distributore:

Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana (cod. fisc.: 01089780587)

Iscrizione: Sez. I dell'Albo delle imprese istituito presso l'IVASS, al n. 1.00040 – cod. IVASS n. A212M

Sezione I – Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

Il distributore ha l'obbligo di:

- a. consegnare al contraente l'informativa sul distributore così come prescritta dall'allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione. L'elenco delle regole di comportamento, ricomprese nel presente documento, deve essere messo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e va pubblicato sul sito internet della Compagnia.
- b. consegnare l'allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.
- c. consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente.
- d. proporre o raccomandare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine, ogni utile informazione.
- e. se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze rappresentate dal cliente, di informare il contraente di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito.
- f. di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di cui all'articolo 30-decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto
- g. fornire in forma chiara e comprensibile le informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.