

EMAPI

Ente di Mutua Assistenza per i Professionisti Italiani

2020-05-2877945

POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI AD ADESIONE VOLONTARIA

effetto ore 24:00 del 29/02/2020 e scadenza ore 24:00 del 28/02/2021, frazionamento annuale



REALE GROUP

TOGETHER MORE



Definizioni

Nel testo che segue, si intendono:

per "**Assicurazione**": il contratto di assicurazione;

per "**Polizza**": il documento che prova l'assicurazione;

per "**Contraente**": il soggetto che stipula l'assicurazione;

per "**Assicurato**": il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione e i professionisti in attività e pensionati iscritti alle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI, i Dipendenti di EMAPI e delle Casse ed Enti aderenti ad EMAPI e dei professionisti iscritti ad EMAPI ed i consulenti di EMAPI, i Nuclei familiari interi degli Assicurati come previsto nella relativa definizione.

per "**Nucleo familiare**": (oltre al professionista) il coniuge/partner unito civilmente o il convivente more uxorio (indipendentemente dal genere), i figli risultanti dallo stato di famiglia;

per "**Società**": l'Impresa assicuratrice;

per "**Premio**": la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente alla Società;

per "**Rischio**": la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne; per "**Sinistro**": il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa; per "**Indennizzo**": la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

per "**Adesione**": L'Adesione del singolo Assicurato/Aderente alla Polizza Convenzione.

per "**Contagio**": evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabile.

per "**Epatite**": l'infiammazione del fegato dovuta a un contagio.

per "**Epatite B**": malattia infettiva, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia HepadnaViridae.

per "**Epatite C**": malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).

Per "**HIV**": virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Per "**Malattia**": ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Condizioni Generali di Assicurazione

Art.1) Definizione di infortunio

E' considerato infortunio un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Art.2) Delimitazione dell'assicurazione

- a. L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.
- b. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 3), anche:
 - l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
 - l'assideramento o congelamento;
 - i colpi di sole o di calore;
 - le lesioni da sforzo (esclusi gli infarti e le ernie fermo quanto definito al punto successivo);
 - le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nelle Condizioni Speciali Art. 24).

Art.3) Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a. da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'art. 33 delle Condizioni Speciali;
- b. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particene atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc);
- c. da delitti o reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- d. dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- e. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f. pratica di Sport Motoristici o Motonautici, dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- g. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- h. dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquee;
- i. da stato di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- j. dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- k. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- l. da guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- m. pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
- n. da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa.

Art.4) Persone non assicurabili - Limite d'età

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età; tuttavia per i soggetti che, superati gli 80 anni di età, intendono aderire per la prima volta al programma assicurativo l'adesione potrà avvenire solo dietro presentazione di certificato medico attestante buona salute; in ogni caso per gli assicurati che hanno superato gli 80 anni di età, siano essi già assicurati o nuovi aderenti, le uniche opzioni di copertura attivabili potranno essere la 1A) e la 1B).
- c) L'Assicurato è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni di cui fosse affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni Generali di assicurazione

Art.5) Dichiarazioni dell'Assicurato/Contraente

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dall'Assicurato/Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato indennizzo del danno o un indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del C.C..

Art.6) Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art.7) Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

La presente copertura, in ogni caso, opera in aggiunta ed in cumulo ad eventuali ulteriori polizze sottoscritte dall'assicurato per il medesimo rischio ovvero di cui questi benefici a qualsiasi titolo.

Art.8) Forma delle comunicazioni - Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato/Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art.9) Variazioni di rischio

L'Assicurato/Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvede a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato/Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art.10) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art.11) Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art.12) Morte

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art.13) Invalidità permanente

a) Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30 06 1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

b) Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Art.14) Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art.15) Denuncia dell'infortunio - Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dall'infortunio stesso o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se dall'infortunio risulta la morte dall'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma.

L'Assicurato è obbligato a mettersi sotto cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Art.16) Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla durata dell'inabilità, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo fra le Parti, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e 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.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Art.17) Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente hanno facoltà di far cessar l'assicurazione nei confronti della persona cui il sinistro si riferisce con preavviso di 30 giorni.

Art.18) Rinnovo del contratto

Il presente contratto si intenderà rinnovato di anno in anno qualora non disdettato da una delle parti, tramite raccomandata A/R o PEC, entro 60 giorni da ciascuna scadenza annuale.

Art.19) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Contraente.

Art.20) Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

Art.21) Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica.

Condizioni Speciali

Art.22) Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art.23) Malore

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

Art.24) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C..

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art.25) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art.26) Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'ultimo punto dell'Art. 2) lett. b) delle Condizioni Generali di Assicurazione, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 16) delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

Art.27) Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici

Art.28) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore all'importo di €10.000.000 (dieci milioni), qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile. Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art.29) Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese. Si precise che tale garanzia ha efficacia solo in caso di guerra di carattere passivo e per tanto solo in quei Paesi che subiscono gli atti di guerra sopra descritti.

Art.30) Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta e fino al massimale previsto dalla specifica opzione, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 100,00 (cento) per evento, l'importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Art. 31) Diaria per convalescenza domiciliare

La Società assicura al professionista/caponucleo, in caso di convalescenza domiciliare, successiva a ricovero in Istituti di Cura a seguito di un infortunio strettamente risarcibile a norma delle Condizioni di Assicurazione, il pagamento dell'indennità assicurata per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Sono esclusi i ricoveri determinati da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- cure e interventi per la eliminazione di difetti fisici, interventi e prestazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie. Sono altresì esclusi i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno e di convalescenza.

La domanda di liquidazione, corredata di idonei documenti giustificativi, deve essere presentata alla Società, a pena di decadenza della garanzia, entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la convalescenza.

In caso di ritardata denuncia non verrà pagata alcuna indennità, per i giorni di convalescenza anteriori al giorno della denuncia stessa. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata al momento della definizione del sinistro principale (invalidità permeante o morte), su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di Ricovero nell'Istituto di Cura con la data di entrata e di uscita dall'Istituto stesso. La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Art.32) Diaria da immobilizzazione

Per il professionista/capo nucleo, qualora a seguito di infortunio indennizzabile sia applicato apparecchio gessato, o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquida l'indennità giornaliera garantita, a partire dal sesto giorno, fino alla sua rimozione e, comunque, per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni. Per "Gessatura" si intende un mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempre che applicato e/o rimosso da personale medico.

Detta indennità non é cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto in caso di "Diaria per convalescenza domiciliare"; in caso di sinistro verrà riconosciuto all'assicurato solo l'indennizzo più favorevole tra quelli previsti dalle due garanzie citate.

La diaria viene fissata in € 50 al giorno, con possibilità di elevarla a € 100 mediante versamento del premio aggiuntivo indicato nell'Allegato 1.

Ai fini dell'applicazione della presente garanzia è equiparata ad apparecchio gessato/tutore immobilizzante anche la permanenza obbligatoria a letto effettuata presso il domicilio dell'assicurato, necessaria per la stabilizzazione delle conseguenze dell'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza. L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Contraente EMAPI entro 5 giorni dall'inizio della permanenza a letto presso il proprio domicilio. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà esibire alla Contraente EMAPI la seguente documentazione:

- certificato del Pronto Soccorso o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica, nel quale venga prescritto il trattamento di stabilizzazione a letto presso il domicilio;
- per il prolungamento della permanenza rispetto a quella prescritta dal Pronto Soccorso/Ospedale: certificato ospedaliero ovvero del medico specialista nel quale siano evidenziate le motivazioni e la necessità dell'ulteriore trattamento.

Art.33) Contagio HIV e/o Epatite B o C – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

- 1) entro 5 giorni dal presunto contagio;
- 2) a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
- 3) a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2).

Esiti test di cui al punto 1:

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima

scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.

- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.

Somma assicurata

In caso di contagio da virus HIV e/o Epatite B o C, come sopra descritti, la Società riconosce agli assicurati una indennità di € 50.000,00 senza applicazione di alcuna franchigia.

Denuncia dei presunti contagi

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro quindici giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica descritta nel paragrafo che precede.

Esclusioni:

- Contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dal punto 1 del presente articolo;
- contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue...);
- Epatiti alcoliche.

Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio (contagio) che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio (contagio) può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Cumulo di indennità

La presente garanzia viene prestata indipendentemente ed in aggiunta alle garanzie Morte ed Invalidità Permanente previste rispettivamente agli Artt. 12 e 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art.34) Inabilità temporanea da malattia – Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di malattia che determini una inabilità temporanea dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali, la Società assicura la corresponsione dell'indennità giornaliera:

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

b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni professionali.

L'indennità per inabilità temporanea da malattia viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni, elevati a 14 per gli assicurati che abbiano compiuto i 55 anni di età. La franchigia prevista viene applicata per singolo evento, inteso come ogni singolo periodo continuativo di inabilità temporanea a seguito di malattia, così come indicato alle lettere a) e b) del presente articolo).

La garanzia decorre dal giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che alle occupazioni professionali, ferma l'applicazione dei giorni di franchigia pattuiti e termina con il giorno dell'accertata guarigione.

L'Assicurato deve presentare denuncia di sinistro alla Contraente EMAPI entro 3 giorni dall'inizio della malattia che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera e deve inoltre presentare certificato medico con diagnosi/prognosi di malattia. Detta comunicazione deve contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia. Successivamente e solo a guarigione avvenuta, per ottenere il rimborso l'assicurato dovrà esibire alla Contraente EMAPI la seguente documentazione:

- certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;
- certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennità viene effettuata considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità di cui al presente titolo non viene comunque corrisposta in caso di parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, oltre che per le malattie diagnosticate precedentemente alla data di attivazione della garanzia.

Il limite di età, per accedere alla presente garanzia è fissato a 65 anni.

Diaria giornaliera assicurata: € 50,00.

Art. 35) Inabilità temporanea da infortunio - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Per gli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea, la Compagnia liquida un indennizzo sotto forma di diaria:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie occupazioni;
- b) parzialmente e fino al 50% (cinquanta per cento) per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea da infortunio viene corrisposta per un periodo complessivo non superiore a 180 giorni, anche non continuativi, per uno o più eventi nel corso del medesimo anno assicurativo, ferma l'applicazione di una franchigia temporale di cinque giorni, La franchigia di 5 giorni decorre dal giorno dell'infortunio, restando inteso che l'indennità è corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia, escludendo dal pagamento i casi guariti entro tale periodo.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo temporale e con una franchigia temporale come sopra indicato, l'indennità non è cumulabile con l'indennità per convalescenza domiciliare o con l'indennità da immobilizzazione.

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

Il limite di età viene regolato dall'art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Diaria giornaliera assicurata: € 50,00.

Art. 36) Invalidità permanente specifica per il Medico professionista - Prestazione assicurativa aggiuntiva valida solo per il professionista capo nucleo

Nel caso in cui il medico non potesse più esercitare la propria professione a seguito di accertata perdita anatomica o funzionale di uno o più degli arti superiori (braccio-mano-dita) o di uno o entrambi gli occhi, verrà riconosciuta, oltre al normale indennizzo previsto dalle condizioni di polizza, una ulteriore indennità di € 250.000,00 senza applicazione di alcuna franchigia.

Condizioni particolari di Polizza

Art.37) Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente la Società rimborserà fino ad un massimo di € 1.500,00 (millecinquecento) per evento le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

Art.38) Franchigia assoluta Invalidità Permanente

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni Generali di Polizza, si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% (tre per cento) della totale; se invece essa risulterà superiore al 3% (tre per cento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.

Art.39) Supervalutazione dell'Invalidità Permanente

Qualora in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti un'invalidità permanente, clinicamente accertata, di grado pari o superiore al 60% della totale, la somma assicurata per il caso di invalidità permanente verrà liquidata nella misura del 100%.

Art.40) Commorienza

Nel caso in cui a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determinato da un medesimo evento consegua la morte di entrambi i genitori almeno uno dei quali assicurato, la Società corrisponde ai loro figli minori, ovvero a quelli maggiorenni portatori di handicap superiore al 66%, l'indennizzo spettante per il caso morte aumentato del 50% (fino ad un importo massimo - per l'indennizzo aggiuntivo - di € 100.000,00).

Art. 41) Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo

In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più Assicurati sia con la presente polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la Società, l'esborso a carico della Società non potrà superare complessivamente € 10.000.000, intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun Assicurato qualora le somme liquidabili a termini di polizza eccedano detto importo.

Art.42) Recovery Hope

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento in un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

- a) l'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (come meglio rappresentato e definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite nel presente articolo.
- b) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo Recovery Hope **(I)** se l'Assicurato a seguito di infortunio sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, **(II)** se sarà stata data comunicazione alla Società per iscritto sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi ed ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio

del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e (III) se sarà stata fornita alla Società idonea documentazione a comprova dello stato di coma, delle cause e della durata di tale stato.

- c) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredato dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia dalla nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti dal presente articolo, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.
- d) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere né per la morte né per l'invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
- e) Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope l'Assicurato esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o tramite il tutore o curatore (perché debitamente autorizzati con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria) effettuerà un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto sino ad un massimo di € 50.000 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni ed a condizione che alla Società venga fornita idonea documentazione a comprova.

Art.43) Modalità di adesione

Ciascun professionista iscritto ad EMAPI può aderire (in proprio o per il suo nucleo familiare) alla presente polizza/convenzione semplicemente inviando il pagamento del premio ed una richiesta formale alla Contraente. La copertura decorrerà:

- dalle ore 24 del giorno di pagamento ad EMAPI, per le comunicazioni avvenute entro il 31/03 e per coloro che erano già assicurati nell'annualità precedente;
- dalle ore 24 del giorno di pagamento ad EMAPI, per le comunicazioni avvenute entro il 31/03 e relativamente alle sole nuove adesioni;
- dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui EMAPI ha ricevuto la richiesta di adesioni, per le nuove adesioni pervenute dopo il 31/03 e per tutti gli altri mesi.

Tutte le coperture saranno valide sino alle ore 24,00 del giorno di scadenza della presente polizza/convenzione.

Art.44) Regolazione del premio

Entro il giorno 10 del secondo mese successivo a quello di riferimento, la Spett.le Contraente dovrà comunicare alla Società per mezzo del Broker tutti i nominativi assicurati e le relative opzioni di copertura scelte da ciascun professionista. La Società ne prenderà nota ai fini dell'operatività della copertura e con cadenza 30/04 – 30/08 – 30/10 – 30/01 (oltre regolazione finale), emetterà appendice di regolazione conteggiando il premio sulla base del numero effettivo degli assicurati nel periodo di riferimento. Il pagamento dovrà essere effettuato entro i 30 giorni successivi all'emissione della suddetta appendice.

Art.45) Clausola Broker

Alla Società Ital Brokers S.p.A. Via Albaro, 3 – 16145 Genova è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker.

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione potrà anche avvenire per tramite del Broker incaricato. Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso,

fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che, qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale, impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art 55 del regolamento IVASS n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi verrà fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

Art.46) Categorie assicurate e forme di copertura:

OPZIONE 1 A - Copertura assicurativa per il professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 150.000,00	Caso morte da infortunio.
€ 200.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.

OPZIONE 1 B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 150.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro –fermo il massimo esborso complessivo di € 150.000,00.
€ 200.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 200.000,00.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro –fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.

OPZIONE 2 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 300.000,00	Caso morte da infortunio.
€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.

OPZIONE 2 B - Copertura assicurativa per il singolo professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 300.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 300.000,00).
€ 400.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 400.000,00.
€ 100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 15.000,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 15.000,00.

OPZIONE 3 A - Copertura assicurativa per il singolo professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 500.000,00	Caso morte da infortunio.
€ 500.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
€100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni.

OPZIONE 3 B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 500.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 500.000,00.
€ 700.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 700.000,00.
€ 20.000,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 20.000,00.
€100,00 die	Diaria da convalescenza domiciliare per un numero massimo di 30 giorni, ferma la franchigia fissa di 3 giorni. Prestata solo per il professionista.
€ 50,00 die	Diaria da immobilizzazione per un numero massimo di 45 giorni, ferma la franchigia di 5 giorni. Prestata solo per il professionista.

Opzione EASY A- Copertura assicurativa per il professionista

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3%; in caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento

OPZIONE EASY B - Copertura assicurativa per il professionista e per il proprio nucleo familiare

Somme assicurate	Prestazioni assicurative sempre Operanti
€ 100.000,00	Caso morte da infortunio. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
€ 100.000,00	Caso di invalidità permanente da infortunio, con franchigia fissa del 3% In caso di invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti percento) la franchigia di cui sopra s'intende annullata. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 100.000,00.
Non operante	Diaria da convalescenza domiciliare
Non operante	Diaria da immobilizzazione
€ 7.500,00	Rimborso Spese Mediche da Infortunio con franchigia fissa di € 100,00 per evento. La somma assicurata deve intendersi prestata interamente per il singolo infortunato o nel caso di più infortunati suddivisi tra loro – fermo il massimo esborso complessivo di € 7.500,00.

Garanzie accessorie con sopra premio – Prestazioni aggiuntive opzionali valide per il solo Professionista

Diaria da immobilizzazione in aumento (Art. 32)

Somma assicurata:	€ 50,00 die Massimo indennizzo 45 giorni e franchigia 5 giorni
-------------------	-------------------------------------------------------------------

Supplemento premio per contagio H.I.V. – Epatite B e C (Art. 33)

Somma assicurata:	€ 50.000,00 Senza applicazione di alcuna franchigia
-------------------	--------------------------------------------------------

Inabilità temporanea da malattia (Art. 34)

Somma assicurata:	€ 50,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni, elevata a 14 gg per i professionisti che abbiano compiuto i 55 anni di età. La garanzia non è attivabile dai professionisti che abbiano compiuto 65 anni di età.
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Inabilità temporanea da infortunio (Art. 35)

Somma assicurata:	€ 50,00 die Massimo indennizzo 180 giorni e franchigia 5 giorni.
-------------------	---------------------------------------------------------------------

Invalidità permanente specifica per il Medico professionista (Art. 36)

Somma assicurata:	€ 250.000,00 Senza applicazione di alcuna franchigia
-------------------	---------------------------------------------------------

Il Contraente

Società Reale Mutua di Assicurazioni

Perotti Andrea