

# ODONTOMAR

**Servizi Assicurativi in ambito Medico-Odontoiatrico**

## DIP: DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE

allegati per l'Assicurato  
da trattenere e conservare

Il presente fascicolo contiene:

- **Contratto Assicurativo** ✓
  - **Polizza di Responsabilità Civile Professionale Odontoiatri**  
NB: Assolve funzione di Contratto Assicurativo e Ricevuta Fiscale (eventualmente allegando copia del bonifico effettuato), da consegnare, su richiesta, ad enti privati o pubblici che lo richiedano.
- **Condizioni Generali di Assicurazione** ✓
- **Nota Informativa per il Contraente / Glossario** ✓  
Regolamento IVASS n° 45 agosto 2020
- **Informativa Privacy** Regolamento UE n. 679/2016 ✓
- **Modulo di Proposta** ✓  
NB: Allegare il modulo di adesione precedentemente inviato e rosoci compilato e firmato ✓
- **Modello Unico di Informativa Precontrattuale** Regolamento IVASS N° 45 / agosto 2020 ✓  
Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti

**Gentile Cliente,**

La invitiamo a leggere con attenzione le informazioni che seguono preparate con l'intento di meglio tutelare i Suoi interessi.

ODONTOMAR

Via Aliprandi, 32 – 20833 Giussano (MB) – Tel. 0362.355 411 – Fax 0362.352 766

[www.odontomar.it](http://www.odontomar.it) - e-mail: [info@odontomar.it](mailto:info@odontomar.it)

Iscrizione R.U.I. E000098535 – P. Iva 04792920961



## Polizza per l'assicurazione dell'attività professionale dei Medici dentisti/Odontoiatri iscritti all'Associazione Riuniti

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Prodotto: "Polizza Convenzione - Responsabilità Civile Professionale Associazione Riuniti"

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

### Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione destinata ai medici dentisti e agli odontoiatri, iscritti all'Associazione Riuniti, che desiderino tutelarsi dal rischio di cagionare danni a terzi (Sezione RC) nello svolgimento delle prestazioni professionali.



#### Che cosa è assicurato?

- ✓ Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.): Reale Mutua tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare a terzi per danni cagionati nell'esercizio dell'attività professionale di medico dentista/odontoiatra e di cui sia civilmente responsabile.
- ✓ Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (R.C.O.): Reale Mutua tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile:
  - ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro;
  - ai sensi del Codice Civile per i danni da infortunio (morte o lesioni personali) non rientranti nella disciplina dei D.Lgs. anzidetti cagionati a prestatori di lavoro.

Ad integrazione della garanzia di base, l'assicurazione prevede alcune "Estensioni di garanzia" valide solo se esplicitamente scelte e acquistate.



#### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le attività che non rientrano nelle competenze professionali dell'assicurato.
- ✗ Atti, fatti o circostanze di cui l'Assicurato, al momento della stipulazione del contratto, sia consapevole che potranno dare origine a richieste di risarcimento.
- ✗ I danni derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivanti a lui dalla legge.
- ✗ Gli incarichi di direttore sanitario
- ✗ Gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro (R.C.O.) se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge per gli infortuni sul lavoro (INAIL).



#### Ci sono limiti di copertura?

- ! Per alcuni eventi l'indennizzo può avere dei limiti inferiori al massimale. Possono inoltre essere previsti franchigie e scoperti.



### **Dove vale la copertura?**

La garanzia vale per l'attività svolta dall'Assicurato nel territorio dello Stato italiano, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e per i sinistri verificatisi in Europa.



### **Che obblighi ho?**

Chi sottoscrive il contratto ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione. Si deve consentire a Reale Mutua di visitare/ispezionare i beni assicurati. In caso di polizza a regolazione premio si devono trasmettere a Reale Mutua i dati per ottemperare alla suddetta regolazione. L'assicurato è tenuto a fornire notizie e documentazioni necessarie per consentire a Reale Mutua verifiche e controlli. Si deve comunicare a Reale Mutua l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.



### **Quando e come devo pagare?**

Il Premio deve essere pagato tramite bonifico sul conto corrente bancario indicato sul modulo di adesione. Il premio è comprensivo di imposte.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno in cui è effettuato il bonifico del pagamento del premio sul conto corrente bancario indicato sul modulo di adesione.

La copertura termina alla data indicata sul certificato di assicurazione, salvo il caso in cui, pagato il premio di rinnovo, la copertura prosegua per l'anno successivo. Questa modalità non vale se la polizza è senza tacito rinnovo o nel caso in cui la polizza convenzione, stipulata dall'Associazione Riuniti, non sia più in vigore.



### **Come posso disdire la polizza?**

È possibile disdire la polizza inviando una lettera raccomandata o una comunicazione tramite posta elettronica certificata (PEC), trenta giorni prima della scadenza.



**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

# **POLIZZA CONVENZIONE RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE ASSOCIAZIONE RIUNITI**

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le presenti Condizioni di Assicurazione Mod. 5060RIU RCG  
sono formate da 11 pagine

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

## **DEFINIZIONI**

### **ASSICURATO**

Il socio dell'Associazione RIUNITI che ha aderito alla convenzione

### **ATTIVITA' PROFESSIONALE**

L'esercizio dell'attività odontostomatologica e la conduzione dello studio professionale

### **ANNO ASSICURATIVO**

Il periodo compreso tra la data di effetto dell'assicurazione e la data di prima scadenza, o tra due date di scadenza annuale.

### **COMPAGNIA**

La Società Reale Mutua di Assicurazioni

### **CONTRAENTE**

L'Associazione RIUNITI

### **EUROPA**

Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano, gli altri Stati dell'Unione Europea, nonché Andorra, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco e Svizzera.

### **FRANCHIGIA**

Parte del *danno* o della *perdita pecuniaria*, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.

### **INTERVENTO NON INVASIVO**

Complesso di indagini diagnostiche e delle manovre terapeutiche effettuate senza l'inserimento nell'organismo del paziente di sonde, cateteri o di altre attrezzature utilizzate dalle diverse specializzazioni mediche

Non sono altresì considerati invasivi i seguenti atti medici: medicazioni, suture superficiali, posizionamento di cateteri vescicali, infiltrazioni peri e intra articolari, inoculazioni mediante aghi e cannule intradermiche o intramuscolari di sostanze per uso estetico e ogni altra prestazione assimilabile secondo le evidenze scientifiche o le vigenti discipline di settore.

A titolo esemplificativo ma non limitativo, appartengono alla categoria degli interventi invasivi: coronarografie, angioplastiche, gastroscopie, prelievi biotipici, inserimenti di pace-maker.

### **MASSIMALE**

Somma complessiva massima fino alla concorrenza della quale Reale Mutua presta la garanzia.

### **MEDICINA ESTETICA**

Attività medica finalizzata a migliorare il benessere psicofisico della persona attraverso interventi non invasivi tesi a risolvere un inestetismo estetico.

### **MODULO DI ADESIONE**

Il documento compilato dai soci per l'adesione obbligatoria alla convenzione

### **PARTI**

L'Assicurato - la Compagnia - il Contraente

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

### **SCOPERTO**

La parte del danno o della perdita pecuniaria, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato

### **SINISTRO**

La richiesta di risarcimento scritta

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**  
**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

**Art. 1) - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO**

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'Assicurato per iscritto nel modulo di adesione, che dovrà essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto, formano la base del presente contratto, e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

Nel caso di mutamenti che aggravino il rischio, l'Assicurato ha l'obbligo di darne immediato avviso alla Compagnia. Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente polizza, la Compagnia rinuncia al diritto di recesso di cui all'art.1898 del Codice Civile e l'Assicurato si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

**Art. 2) - COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI**

**Qualora esista assicurazione stipulata da ente o istituto sanitario presso il quale l'assicurato svolge la propria attività professionale, che sia efficace per la copertura del rischio assicurato in base al presente contratto, si conviene che, in caso di sinistro, la presente assicurazione è prestata in secondo rischio, e cioè in eccedenza al massimale previsto da detta altra assicurazione, fino alla concorrenza del massimale indicato al successivo Art. 21.**

Resta comunque inteso che, nel caso di non operatività dell'altra assicurazione, la garanzia si intende prestata a primo rischio.

**Art. 3) - DIRITTO DI SURROGAZIONE**

Le Compagnia, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta dell'Assicurato, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile.

**Art. 4) - RECESSO IN CASO DI SINISTRO**

**Dopo il secondo sinistro imputabile al medesimo Assicurato, la Compagnia e l'Assicurato hanno la facoltà di recedere da ogni singola adesione con preavviso di 90 giorni.** Qualora sia esercitata tale facoltà, la Compagnia rimborsa all'Assicurato, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al rischio non corso.

**Art. 5) DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE**

La garanzia decorre con effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato a Vogliotti Broker s.r.l, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione ovvero al 31 dicembre 2018.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza anniversaria, l'assicurazione è prorogata per un'ulteriore annualità alle condizioni di premio di seguito riportate:

- se il rapporto S/P risulta inferiore al 66%	rinnovo alle condizioni di premio in corso
- se il rapporto S/P risulta compreso tra il 66 e il 85%	rinnovo con aumento dei premi pro-capite del 15%
- se il rapporto S/P risulta compreso tra il 86 e il 100%	rinnovo con aumento dei premi pro-capite del 25%
- se il rapporto S/P risulta compreso tra il 101 e il 120%	rinnovo con aumento dei premi pro-capite del 40%
- se il rapporto S/P risulta superiore al 120%	esclusione del tacito rinnovo

Il rapporto S/P (sinistri / premi) è calcolato sulla base dei dati aggiornati al 30 settembre dell'annualità in scadenza adottando le definizioni sotto riportate:

S – "SINISTRI"	Totale sinistri pagati (al netto delle franchigie) e riservati nel periodo di osservazione
P – "PREMI"	Totale premi imponibili di competenza del periodo di osservazione
Periodo di osservazione	Ultimo triennio (da settembre a settembre)

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

### **Art. 6) - PREMIO**

Ai fini della determinazione del premio della presente assicurazione, l'attività odontoiatrica viene distinta nei due seguenti gruppi:

- medici che NON effettuano interventi di implantologia;
- medici che effettuano interventi di implantologia (attività per la quale non verrà applicata l'esclusione di cui all'Art. 18 lettera j).

Il premio, comprensivo di imposte, è calcolato in funzione dell'attività esercitata dal singolo Assicurato in base alla seguente tabella:

<b>MASSIMALE UNICO EURO 2.000.000 PER SINISTRO E PER ANNO</b>	
<b>Attività esercitata</b>	<b>Premio</b>
Assicurato che NON effettua interventi di implantologia	Euro 713,00
Assicurato che effettua interventi di implantologia	Euro 1.513,00

### **Art. 7) ESTENSIONI DI GARANZIA**

Le Estensioni di Garanzia B.1 e B.2 non sono attivabili nel caso di copertura a "Secondo Rischio".

#### **A) PRESTAZIONI DI MEDICINA ESTETICA**

**Qualora l'Assicurato abbia dichiarato sul modulo di adesione di scegliere la presente garanzia sarà operante la seguente clausola:**

A parziale deroga dell'art. 18 lett. i) l'assicurazione comprende la responsabilità per i danni derivanti dalla pratica della *medicina estetica*.

Sono compresi nell'assicurazione i danni estetici e fisionomici, purché determinati da errore tecnico nella prestazione.

**Restano comunque escluse dalla garanzia le pretese per mancata rispondenza della prestazione all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.**

**In deroga al successivo art. 21 la presente garanzia è prestata con:**

- scoperto del 10% con il minimo di € 1.500 ed il massimo di € 30.000;
- limite di indennizzo di € 500.000 per sinistro e per anno assicurativo

Conseguentemente i premi suindicati si intendono aumentati di € 500,00.

#### **B1) RESTITUZIONE DEI COMPENSI**

**Qualora l'Assicurato abbia dichiarato sul modulo di adesione di scegliere la presente garanzia sarà operante la seguente clausola:**

L'assicurazione comprende anche la restituzione, da parte dell'Assicurato, dell'importo risultante dalla fattura/ricevuta fiscale relativa al trattamento incongruo e/o inadeguato e/o infruttuoso.

**In deroga al successivo art. 21 la presente garanzia è prestata con:**

- franchigia assoluta di € 1.500
- limite di indennizzo di € 10.000 per sinistro e per anno assicurativo

**Ai fini della risarcibilità del danno, l'Assicurato dovrà fornire a Reale Mutua:**

- ricevuta relativa all'onorario percepito in ordine alla prestazione effettuata con l'indicazione dell'intervento effettuato;
- documentazione relativa all'avvenuto pagamento da parte del paziente.
- dichiarazione da parte dell'Assicurato che l'evento non sia riferibile alla responsabilità di terzi.

Conseguentemente i premi suindicati si intendono aumentati di € 300,00.

#### **B2) RESTITUZIONE DEI COMPENSI**

**Qualora l'Assicurato abbia dichiarato sul modulo di adesione di scegliere la presente garanzia sarà operante la seguente clausola:**

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

l'assicurazione comprende anche la restituzione, da parte dell'Assicurato, dell'importo risultante dalla fattura/ricevuta fiscale relativa al trattamento incongruo e/o inadeguato e/o infruttuoso.

**In deroga al successivo art. 21 la presente garanzia è prestata con:**

- **franchigia assoluta di € 2.000**
- **limite di indennizzo di € 10.000 per sinistro e per anno assicurativo**

**Ai fini della risarcibilità del danno, l'Assicurato dovrà fornire a Reale Mutua:**

- ricevuta relativa all'onorario percepito in ordine alla prestazione effettuata con l'indicazione dell'intervento effettuato;
- documentazione relativa all'avvenuto pagamento da parte del paziente;
- dichiarazione da parte dell'Assicurato che l'evento non sia riferibile alla responsabilità di terzi.

Conseguentemente i premi suindicati si intendono aumentati di € 400,00.

### **C) MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

L'Assicurazione è estesa all'attività svolta dall'Assicurato in qualità di Medico di Medicina Generale (MMG).

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante dall'effettuazione di visite domiciliari e dal rilascio di certificazioni mediche.

La presente estensione di garanzia è operante:

- a) con un aumento di premio, indicato all'Art 6 – PREMIO, di € 120 (comprensivo di imposte), per il medico che NON effettua interventi di implantologia e che abbia dichiarato sul modulo di adesione di scegliere la garanzia;
- b) senza sovrappremio per il medico che effettua interventi di implantologia.

### **Art. 8) ADESIONE NELLA FORMA "A SECONDO RISCHIO" CON SCONTO SUL PREMIO**

Qualora l'Assicurato abbia scelto di aderire alla convenzione nella forma "A SECONDO RISCHIO" sarà operante la seguente clausola, in deroga al precedente art. 2:

**Premesso che l'Assicurato ha dichiarato che contemporaneamente alla presente polizza e per lo stesso rischio esiste altra assicurazione con i massimali indicati sul modulo di adesione, la presente assicurazione è prestata per l'eccedenza rispetto a tali somme e per il massimale indicato nella presente polizza; ciò anche nell'eventualità di annullamento od inefficienza totale o parziale dell'altra assicurazione, nel qual caso i massimali dell'assicurazione di primo rischio rimarranno a carico dell'Assicurato.**

Conseguentemente i premi suindicati si intendono ridotti del 35%.

### **Art. 9) ADESIONE NELLA FORMA "NEOLAUREATI" CON SCONTO SUL PREMIO**

**Qualora l'Assicurato abbia dichiarato sul modulo di adesione di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione da non più di 48 mesi dalla data di adesione, l'assicurazione è valida per lo svolgimento dell'attività professionale prestata esclusivamente presso studi di terzi o presso la struttura pubblica.**

Conseguentemente i premi suindicati (escluso quello relativo alla "Prestazioni di medicina estetica") si intendono ridotti del 50%

### **Art. 10) - ESCLUSIVA**

Si conviene tra le Parti che le condizioni della presente polizza sono riservate esclusivamente ai soci dell'Associazione RIUNITI.

### **Art. 11) - FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun Assicurato.

### **Art. 12) - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato.

### **Art. 13) - NORME DI LEGGE**

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

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

## **NORME CHE REGOLANO LA RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE VERSO TERZI E VERSO I DIPENDENTI**

### **Art. 14) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - R.C.T.**

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto egli sia tenuto a pagare a terzi, compresi i clienti, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a cagione di un fatto connesso all'esercizio dell'attività professionale esercitata.

L'assicurazione è operante anche quando i comportamenti che hanno causato il danno siano posti in essere da persone del cui operato l'Assicurato sia legalmente tenuto a rispondere.

### **Art. 15) - RISCHI AGGIUNTIVI**

La garanzia comprende la responsabilità civile verso terzi - R.C.T. e/o verso dipendenti - R.C.O., derivante all'Assicurato:

- a) per i danni determinati da fatto doloso delle persone delle quali e/o con le quali debba rispondere;
- b) per i danni causati da operazioni di medicina e chirurgia, in generale, non necessariamente connesse con l'odontoiatria, ma prestate per necessità di urgenza e/o emergenza, in ottemperanza agli obblighi di legge e/o deontologici, effettuate sia sui pazienti sia su altre persone;
- c) per l'attività di formazione, docenza, consulenza e/o perizia, nell'ambito dell'attività professionale stessa.
- d) dalla proprietà, dall'uso, dall'installazione di cartelli, targhe o insegne dentro o fuori della sede dell'Assicurato; se l'installazione o la manutenzione è affidata a terzi, l'assicurazione opera a favore dell'Assicurato nella sua qualità di committente i lavori. Sono compresi i danni alle cose sulle quali sono installati i cartelli, le targhe o le insegne;
- e) dalla circolazione e dall'uso di velocipedi e ciclomotori senza motore, **esclusi i danni subiti dalle persone che ne fanno uso;**
- f) dall'uso di macchine automatiche per la distribuzione di cibi e bevande in genere;
- g) dall'attività di radiodiagnostica in genere;
- h) per tutte le operazioni complementari e/o connesse all'attività dichiarata;
- i) dalla proprietà e/o utilizzo dei fabbricati occupati dall'Assicurato e nei quali viene svolta l'attività oggetto dell'assicurazione e dagli impianti fissi destinati alla loro conduzione, compresi ascensori e montacarichi ed eventuali cancelli elettrici; **sono esclusi i danni derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamenti, sopraelevazioni e demolizioni;**
- j) per danni a cose altrui, derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute **con il limite di euro 250.000 per sinistro e per anno.** Resta inteso che nel caso esista polizza incendio comprendente il "Ricorso Terzi" e/o il "Rischio Locativo", si applica il disposto dell'Art. 2 – "Coesistenza di altre assicurazioni";
- k) per danni a cose di terzi in consegna o custodia **con il limite di euro 50.000 per sinistro e per anno; rimangono comunque esclusi i danni agli immobili, nonché alle cose utilizzate e/o detenute a titolo di locazione finanziaria, agli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito e valori in genere;**
- l) per danni derivanti dalla violazione delle norme sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, **sempreché l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi e alle prescrizioni minime di sicurezza disposte dalla legislazione stessa. Questa garanzia è prestata con un limite di indennizzo pari ad € 200.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.**

Si intendono inoltre comprese le azioni di rivalsa e/o surroga esperite dall'INAIL, dall'INPS o da altri Istituti Previdenziali e/o Enti Assicurativi .

**Limitatamente agli Assicurati che effettuano interventi di implantologia**, la garanzia comprende la responsabilità civile verso terzi derivante all'Assicurato per danni conseguenti all'insuccesso dell'intervento di implantologia **con il limite di euro 400,00 per sinistro e per anno e dietro esibizione della seguente documentazione:**

- ricevuta relativa all'onorario percepito in ordine alla prestazione effettuata con l'indicazione dell'intervento di implantologia effettuato;
- ricevuta dell'avvenuta restituzione della somma a favore del proprio cliente/paziente contenente la precisazione sul tipo di rimborso o una dichiarazione del cliente/paziente di essere stato riabilitato a titolo gratuito;
- dichiarazione da parte dell'Assicurato che l'evento non sia riferibile alla responsabilità di terzi.

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

### **Art. 16) - COMMITTENZA**

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile derivante all'Assicurato ai sensi dell'art. 2049 del Codice Civile per:

- a) danni causati a terzi da suoi dipendenti o commessi in relazione alla guida di autovetture, purché le medesime non siano di proprietà e/o godute dall'Assicurato, in usufrutto o locazione, od allo stesso intestate al PRA. La garanzia vale anche per i danni corporali cagionati alle persone trasportate;
- b) danni causati a terzi dalle persone addette al servizio di pulizia e/o manutenzione presso lo studio professionale.

### **Art. 17) - NOVERO DEI TERZI**

**Ai fini delle garanzie R.C.T., non sono considerati terzi esclusivamente l'Assicurato ed i dipendenti rientranti nella garanzia R.C.O., salvo quando subiscano un danno nella loro qualità di pazienti.**

### **Art. 18) - DELIMITAZIONI**

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) derivanti dall'attività di Direttore Generale, Sanitario o Amministrativo in qualsiasi struttura sanitaria pubblica o privata;
- b) derivanti dalla pratica della fecondazione o procreazione assistita;
- c) derivanti dall'attività di ricerca e di sperimentazione clinica;
- d) derivanti dallo svolgimento delle attività di ingegneria genetica e quelle relative a prodotti derivanti da materiali e/o sostanze di origine umana e organismi geneticamente modificati (O.G.M.);
- e) derivanti dalla detenzione di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche, fermo restando quanto previsto all'Art. 14 lettera g) "attività radiodiagnostica in genere";
- f) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o a queste equiparate di veicoli a motore nonché dall'uso di aeromobili o natanti;
- g) conseguenti ad inquinamento in genere dell'acqua, dell'aria o del suolo comunque cagionato o a danno ambientale;
- h) da amianto.
- i) derivanti da operazioni di medicina e/o chirurgia estetica che non siano conseguenti ad interventi di chirurgia restauratrice di cicatrici post-operatorie;
- j) conseguenti ad interventi di implantologia;
- k) cagionati in conseguenza allo svolgimento di incarichi di vigilanza e ispezione sanitaria presso stabilimenti per la produzione e lavorazione di carni;
- l) derivanti dallo svolgimento di funzioni di Primario presso ente ospedaliero pubblico o di altra analoga funzione presso clinica universitaria;
- m) derivanti dallo svolgimento di incarichi di medico competente, come previsto dal D. Lgs. n° 81/2008 e successive eventuali modificazioni o integrazioni;
- n) derivanti dall'attività svolta presso i reparti di Pronto Soccorso e/o da interventi di medicina d'urgenza salvo quanto previsto all'Art. 14, lettera b);
- o) da furto;

La garanzia non comprende in ogni caso il rimborso ai clienti di quanto da essi corrisposto all'Assicurato a titolo di compenso professionale.

L'assicurazione non comprende inoltre le spese per la ricostruzione di atti, documenti e titoli, resesi necessarie in conseguenza di loro perdita, distruzione, deterioramento.

### **Art. 19) - INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA**

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato e da lui denunciate alla Compagnia durante il periodo di efficacia del contratto, indipendentemente dalla data dell'errore o della negligenza commessa.

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

### **ART. 20) ULTRATTIVITA' DECENNALE**

L'Assicurato può chiedere a Reale Mutua che la garanzia resti operante per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della polizza e denunciati a Reale Mutua nei dieci anni successivi alla:

a. Cessazione definitiva dell'attività

In tal caso Reale Mutua, mediante apposita appendice, si impegna alla proroga decennale della garanzia dietro pagamento in un'unica soluzione anticipata di un premio pari a tre volte l'ultimo premio annuo di polizza versato.

In caso di decesso dell'Assicurato la facoltà di mantenere in vigore il contratto sarà attribuita ai suoi eredi per i danni e le perdite pecuniarie dei quali essi dovessero essere chiamati a rispondere per un fatto commesso dall'Assicurato.

b. Cessazione del contratto, non derivante da recesso per sinistro (per motivi diversi dalla cessazione definitiva dell'attività di cui al precedente punto a.)

In tal caso l'Assicurato deve comunicare in forma scritta a Reale Mutua, entro e non oltre la data di scadenza del contratto, l'intenzione di avvalersi dell'ultrattività. Entro trenta giorni dalla data di scadenza del contratto, dovrà essere perfezionata apposita appendice di presa d'atto del periodo di ultrattività decennale, dietro pagamento in un'unica soluzione anticipata di un premio pari a cinque volte l'ultimo premio annuo di polizza versato.

In entrambi i casi, al termine del periodo di ultrattività, la garanzia cessa automaticamente senza obblighi di comunicazione tra le Parti. Reale Mutua non può inoltre esercitare la facoltà di recesso come prevista dall'Art 4) RECESSO IN CASO DI SINISTRO.

### **Art. 21) - MASSIMALE E LIMITI DI RISARCIMENTO**

La presente assicurazione è prestata con un massimale pari ad euro 2.000.000 (duemilioni) per sinistro e per anno assicurativo, salvo ove diversamente previsto.

**In caso di sinistro, rimane a carico dell'Assicurato lo scoperto e la franchigia previsti sul modulo di adesione e di seguito riportati:**

- scoperto 10% del danno con il minimo di Euro 500,00 ed il massimo di Euro 5.000,00 per i danni da implantologia;
- franchigia di Euro 300,00 su tutti gli altri danni.

**Resta inteso tra le Parti che, limitatamente ai danni a cose, le richieste di risarcimento di importo inferiore ad euro 300,00 non dovranno essere denunciate alla Compagnia.**

### **Art. 22) - D.LGS. 81/08**

Agli effetti delle garanzie prestate dalla presente polizza si precisa che è compresa anche la responsabilità civile personale del responsabile dei servizi di prevenzione e protezione nominato ai sensi del D.Lgs del 9 aprile 2008 n. 81.

### **Art. 23) - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE R.C.O.**

La Compagnia si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;
- 2) ai sensi del codice civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La garanzia della R.C.O. è estesa alle malattie professionali riconosciute dall'INAIL e/o a quelle ritenute tali dalla Magistratura, purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante la validità dell'assicurazione e si manifestino in data posteriore al 31.12.2012.

**NOTA BENE: Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato**

### **Art. 24) – EFFICACIA / VALIDITA' TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE**

La garanzia vale per l'attività svolta dall'Assicurato nel territorio dello Stato Italiano, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e per i sinistri verificatisi in *Europa*.

Qualora l'assicurato svolga attività di volontariato all'estero, a parziale deroga delle condizioni di polizza, la garanzia si estende ai sinistri verificatisi in tutto il Mondo, esclusi USA e Canada. Tale estensione di garanzia si intende operante esclusivamente se l'attività di volontariato è svolta per non più di 60 giorni nell'anno solare. Limitatamente a tale attività, la garanzia è inoltre prestata con una franchigia/minimo di scoperto di € 2.500 per sinistro; nel caso in cui l'azione civile del danneggiato sia promossa davanti all'Autorità Giudiziaria italiana, si applicherà la franchigia/minimo di scoperto di polizza.

## **NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

### **Art. 25) - DENUNCIA DEI SINISTRI - RCT**

Fermo quanto previsto dall'Art.18, l'Assicurato è tenuto entro 15 giorni successivi a quello in cui ne è venuto a conoscenza:

- a) a sottoporre alla Società Reale Mutua di Assicurazioni ogni richiesta scritta di risarcimento ricevuta;
- b) a dar notifica alla Società Reale Mutua di Assicurazioni per iscritto, anche via fax, di ogni comunicazione o diffida scritta da lui ricevuta, in cui un terzo esprima l'intenzione di attribuire all'Assicurato una responsabilità civile professionale. Tale notifica sarà a tutti gli effetti trattata come richiesta di risarcimento presentata e denunciata nel corso del periodo di assicurazione. In caso di tardiva comunicazione resterà a carico dell'Assicurato ogni maggior onere sofferto dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, derivante dal ritardo. L'Assicurato è inoltre tenuto a rendere, a richiesta della Compagnia, tutte le informazioni e l'assistenza del caso, precisandosi comunque che le eventuali involontarie incompletezze nella stesura della denuncia non inficiano il diritto al risarcimento.

### **Art. 26) - DENUNCIA DEI SINISTRI R.C.O.**

Fermo quanto previsto dall'Art.18, l'Assicurato è tenuto a denunciare alla Compagnia eventuali sinistri solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale abbia luogo una inchiesta giudiziaria a norma di legge;
- b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto, nonché da parte dell'INAIL qualora esercitasse il diritto di surroga ai sensi del D.P.R. 1124 del 30.06.1965.

### **Art. 27) - GESTIONE DELLE VERTENZE DEL DANNO - SPESE LEGALI**

Reale Mutua assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione della vertenza tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Tuttavia, in caso di definizione transattiva, Reale Mutua, a richiesta dell'Assicurato e ferma ogni altra condizione di polizza, continuerà a proprie spese la gestione in sede giudiziale penale della vertenza fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova al momento dell'avvenuta transazione. Sono a carico di Reale Mutua le spese per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro i limiti di un importo pari al quarto del massimale, o del limite di indennizzo, applicabile per il sinistro cui si riferisce la domanda; qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese verranno ripartite tra Reale Mutua ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

**Reale Mutua non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.**

**In caso di accordi raggiunti in sede di procedimento di mediazione a cui non abbia partecipato Reale Mutua o ai quali questa non abbia prestato il proprio specifico assenso, Reale Mutua non sarà tenuta a riconoscerne l'esito, né a sostenere il rimborso di somme a qualsivoglia titolo, né dei costi, né delle spese e delle competenze del procedimento.**

**NOTA BENE:** Le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato

**Art. 28) - INOSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI RELATIVI AI SINISTRI**

L'Assicurato è responsabile verso Reale Mutua di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini o degli altri obblighi di cui agli Artt. 22 e 23. Ove poi risulti che egli abbia agito in connivenza con i danneggiati o ne abbia favorito le pretese, decade dai diritti contrattuali.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

**Ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:**

- Art. 2 (Coesistenza di altre assicurazioni);**
- Art. 4 (Recesso in caso di sinistro);**
- Art. 18 (Delimitazioni);**
- Art. 19 (Inizio e termine della garanzia);**
- Art. 24 (Efficacia / validità territoriale dell'assicurazione);**
- Art. 25 (Denuncia dei sinistri RCT);**
- Art. 26 (Denuncia dei sinistri RCO);**
- Art. 28 (Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri).**

IL CONTRAENTE

-----

**IL CONTRAENTE, con la firma, dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo (Mod. 5060/FI RCG – Ed. 09-15) contenente la Nota Informativa (Mod. 5060/NI RCG) e le Condizioni di Assicurazione (Mod. 5060 RIU RCG)**

IL CONTRAENTE

-----

## Polizza infortuni e invalidità permanente da malattia

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni  
(DIP DANNI)

Compagnia: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Prodotto: "Associazione Riuniti – Polizza Convenzione Infortuni e Malattie"

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

### Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione che tutela i soggetti assicurati dalle conseguenze economiche derivanti da un infortunio o da una invalidità permanente da malattia.



### Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio: prevede la corresponsione del capitale assicurato ai beneficiari
- ✓ Invalidità permanente da infortunio: prevede un indennizzo calcolato in base alla percentuale di invalidità accertata
- ✓ Diaria per applicazione di apparecchio gessato prevede la corresponsione di un importo giornaliero in caso di applicazione di mezzo di contenzione dovuto a fratture e a lesioni capsulo-legamentose
- ✓ Rimborso spese di cura: prevede il rimborso delle spese sostenute per la cura delle lesioni
- ✓ Contagio da H.I.V.: prevede la corresponsione del capitale assicurato in caso di contagio accidentale da H.I.V.
- ✓ Invalidità permanente da malattia: prevede la corresponsione di un indennizzo calcolato in base alla percentuale di invalidità accertata

Saranno operanti esclusivamente le garanzie esplicitamente scelte e acquistate.



### Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

Non sono considerate assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate e le persone affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

Infortuni non indennizzabili derivanti da

- ✗ stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ✗ operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;



### Ci sono limiti di copertura?

- ! Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previste anche franchigie e limiti parziali di indennizzo.
- ! È previsto un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 74 anni.

- ! Durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso, la garanzia di inabilità temporanea non è operante. Il Contraente ha tuttavia facoltà di chiedere la temporanea sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo, con l'impegno di riattivare e di prorogare il contratto di un corrispondente periodo. La sospensione non può avere effetto antecedente le ore 24 del giorno della richiesta.



### Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.

Fermo restando che la valutazione del grado di invalidità permanente avverrà in Italia.



### Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto, se modifico il rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Laddove abbia in corso, presso diversi assicuratori, altre assicurazioni per lo stesso rischio, devo darne comunicazione per iscritto alla Società. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo. In caso di sinistro l'Assicurato è tenuto a darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.



### Quando e come devo pagare?

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della polizza devo pagare il premio entro tale data mediante bonifico bancario.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno di valuta di accredito del premio sul conto corrente bancario intestato al Broker.

La copertura termina alla data indicata sulla polizza, salvo il caso in cui, previo pagamento del premio di rinnovo, la copertura prosegue per l'anno successivo.



### Come posso disdire la polizza?

Posso disdire la polizza mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.

La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

## Associazione RIUNITI

### Polizza Convenzione Infortuni - Malattie

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono formate da 22 pagine

## **DEFINIZIONI**

### **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

Le indagini diagnostiche effettuate durante il ricovero oppure in poliambulatori diagnostici.

### **ASSICURATO**

Ogni Socio dell'Associazione RIUNITI (che svolge attività di odontoiatra), oppure – limitatamente per le garanzie di cui alla Sezione B – ogni suo familiare (che non svolge attività manuali), aderenti alla Convenzione.

### **BROKER**

Vogliotti Broker s.r.l.

### **CONTRAENTE**

Associazione RIUNITI

### **GESSATURA**

L'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici immobilizzanti, escluso il collare di Vacchelli, la necessità dei quali venga stabilita da Medici – Chirurghi.

### **COMPAGNIA**

Società Reale Mutua di Assicurazioni.

### **FRANCHIGIA**

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

### **INDENNIZZO**

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

### **INFORTUNIO**

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente, un ricovero in istituto di cura, una gessatura.

### **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia, della capacità dell'Assicurato di svolgere qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

### **ISTITUTO DI CURA**

L'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo e di soggiorno.

### **MALATTIA**

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

### **MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO**

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima dell'adesione alla Convenzione.

### **MODULO DI ADESIONE**

Il documento compilato dai Soci che intendono aderire alla Convenzione.

### **POLIZZA**

I documenti che provano il contratto di assicurazione.

### **RICOVERO**

La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

### **SINISTRO**

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

### **VISITA SPECIALISTICA**

Visita effettuata da medico-chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

## **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**

### **Art. 1.1 – DURATA DEL CONTRATTO**

La presente *polizza* ha efficacia dalla data indicata nel cartellino anagrafico alla voce “Decorrenza contratto” a quella indicata alla voce “Scadenza contratto”. Decorso tale periodo, **In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno - sempreché il rapporto S/P non sia superiore al 120% - e così di seguito** (art. 1899 del Codice Civile).

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di Reale Mutua al pagamento dei *premi* scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

### **Art. 1.2 - DIRITTO DI SURROGAZIONE**

Le *Compagnia*, salvo il caso di dolo o diversa autorizzazione scritta *dell'Assicurato*, rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile.

### **Art. 1.3 - VARIAZIONI**

Le variazioni o modificazioni della presente polizza devono risultare per iscritto da apposita pattuizione contrattuale sottoscritta dal *Contraente* e dalla *Compagnia*.

### **Art. 1.4 - FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria di residenza di ciascun *Assicurato*.

### **Art. 1.5 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

Si conviene tra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole *all'Assicurato*.

### **ART. 1.6 - ONERI FISCALI**

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla *polizza* e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del *Contraente* anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

### **ART. 1.7 - ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'*assicurazione* viene prestata per tutto il mondo.

### **Art. 1.8 - NORME DI LEGGE**

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

## **NORME CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO INFORTUNI**

### **ART. 2.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI**

La denuncia *dell'infortunio*, con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata di certificato medico in originale, **deve essere fatta alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza nel termine di 15 giorni dall'infortunio**, oppure dal momento in cui l'*Assicurato* (od i suoi aventi diritto) ne abbiano avuto la possibilità, oppure dal momento in cui il *Contraente* ne abbia avuto conoscenza.

Avvenuto l'*infortunio*, l'*Assicurato* deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché **informare periodicamente la Compagnia sul decorso delle lesioni**.

Qualora l'*infortunio* abbia cagionato la morte dell'*Assicurato* o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla *Compagnia* od al *Broker* che gestisce la *polizza* mediante telegramma o lettera raccomandata.

**L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici dell'Impresa ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati sono a carico *dell'Assicurato*.

In caso di *assicurazione* presso diversi assicuratori (art.1910 del Codice Civile), il *Contraente* deve darne avviso a ciascuno di essi.

#### **ART. 2.2 - CONTROVERSIE, ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili *all'infornuto*, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

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 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazioni 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

#### **ART. 2.3 - MORTE PRESUNTA**

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

**La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del C.C.** Qualora dopo il pagamento dell'indennità *l'Assicurato* risultasse in vita, la *Compagnia* avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta *l'Assicurato* potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente da *infornuto* eventualmente subita.

#### **ART. 2.4 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

Il pagamento dell'indennizzo è eseguito, con moneta legalmente in corso in Italia al momento del *sinistro*, presso la sede della *Compagnia* o del *Broker* che gestisce la *polizza*, entro 15 giorni dalla data della liquidazione.

Nel caso in cui il rischio relativo alla *polizza* sia ripartito per quote fra più Imprese, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla *polizza*, esclusa ogni responsabilità solidale.

#### **ART. 2.5 – LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO**

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più *Assicurati* con la presente *polizza*, **l'esborso a carico di Reale Mutua non potrà superare complessivamente € 10.000.000,00 intendendosi proporzionalmente ridotto l'indennizzo per ciascun *Assicurato* qualora le somme liquidabili a termini di *polizza* eccedano detto importo.**

### **SEZIONE A – COPERTURA INFORTUNI SEMPRE OPERANTE PER IL SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI**

#### **Art. 3.1 - DECORRENZA DELLA GARANZIA**

La garanzia di cui alla presente Sezione decorre dalle ore 24 del 31.12.2018 e cessa, alle ore 24.00 del 31.12.2019. **In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un ulteriore anno - sempreché il rapporto S/P non sia superiore al 120% - e così di seguito** (art. 1899 del Codice Civile).

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di Reale Mutua al pagamento dei *premi* scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

**La garanzia non è estesa al nucleo familiare del socio dell'Associazione RIUNITI.**

### Art. 3.2 - PREMIO

Il *premio* annuo, comprensivo di imposte, per la garanzia di cui alla presente Sezione è pari a € 5 per ciascun socio dell'Associazione RIUNITI.

### Art. 3.3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La garanzia di cui alla presente Sezione vale per gli *infortuni* che il socio dell'Associazione RIUNITI subisca quando si trova a bordo di autoveicoli, motoveicoli e ciclomotori **in qualità di conducente, purché abilitato alla guida**. Sono compresi gli *infortuni* verificatisi durante la riparazione del mezzo e delle relative operazioni per riprendere la marcia.

### ART.3.4 - RISCHI NON ASSICURATI

Salvo patto speciale, non sono compresi nell'*assicurazione* gli *infortuni* derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenie, forme maniaco-depressive o stati paranoici, infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S.;
- guida in stato di ebbrezza o ubriachezza;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione e nelle relative prove;
- 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;
- uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*;
- guerra ed insurrezioni.

Sono altresì esclusi gli *infortuni*:

- che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, da qualsiasi atto di terrorismo, non limitato al solo uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di una singola persona o da gruppi di persone, che includa una delle seguenti azioni indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca al sinistro:
  - o la diffusione o la minaccia di diffusione di germi, *malattie* o altri contagi o contaminanti chimici o biologici ;
  - o l'uso o la minaccia d'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o di sostanze radioattive.

## PRESTAZIONI

### ART. 3.5 - CASO DI MORTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde un **capitale pari a € 15.000** ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

**L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.**

### ART. 3.6 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, la *Compagnia* corrisponde un **capitale pari a € 15.000**.

**Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente accertata di grado inferiore al 60% della totale, la presente garanzia non dà diritto ad alcun indennizzo.**

Il grado di invalidità permanente viene accertata facendo riferimento ai valori indicati nella Tabella annessa al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria contro gli *infortuni* – Industria – approvata con D.P.R. 30/6/1965, n°1124:

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.

La perdita assoluta ed irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

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

In caso *l'infortunio* determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.**

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, *l'indennizzo* è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione *dell'Assicurato*.

#### **ART. 3.7 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**

La *Compagnia* corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili *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 perfettamente integra e sana.**

**In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Tabelle di cui all'art. 3.6 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

## **SEZIONE B – COPERTURA FACOLTATIVA INFORTUNI E INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

### **N.B. le garanzie di cui alla presente Sezione:**

- si intendono operanti nei confronti di ciascun *Assicurato* unicamente qualora lo stesso ne abbia richiesto l'attivazione mediante compilazione, sottoscrizione e invio del relativo modulo di adesione;
- possono essere estese al nucleo familiare del socio dell'Associazione RIUNITI, salvo laddove espressamente riservate al socio.

### **Art. 4.1 - DECORRENZA DELLA GARANZIA**

La garanzia di cui alla presente Sezione decorre, per ogni singolo *Assicurato*, con effetto dalle ore 24.00 della data di valuta di accredito del *premio* sul conto corrente bancario intestato a *Broker Vogliotti s.r.l.*, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione ovvero 31.12.2018.

Al fine di aderire alla presente copertura, il socio dell'Associazione RIUNITI **si impegna a trasmettere al *Broker* il Modulo di Adesione adeguatamente compilato e sottoscritto – per sé o per l'intero nucleo familiare – unitamente alla fotocopia dell'ordine irrevocabile di bonifico effettuato – per il pagamento del *premio* – sul conto corrente del *Broker* indicato nel medesimo Modulo di Adesione.**

### **Art. 4.2 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - AGGRAVAMENTO DI RISCHIO**

Le dichiarazioni e le informazioni rese dall'*Assicurato* per iscritto nel *modulo di adesione*, **che dovrà essere compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto**, formano la base del presente contratto, e ne fanno parte integrante a tutti gli effetti.

**Nel caso di mutamenti che aggravino il rischio, l'*Assicurato* ha l'obbligo di darne immediato avviso alla Compagnia.**

Le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'*Assicurato*, così come l'omissione di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, **sempreché tali omissioni od inesattezze non siano frutto di dolo.**

Se l'aggravamento rientra nella tipologia di rischio prevista nella presente *polizza*, la *Compagnia* rinuncia al diritto di recesso di cui all'art.1898 del Codice Civile e l'*Assicurato* si impegna a pagare il maggior premio previsto a decorrere dalla data di inizio dell'aggravamento.

### **Art. 4.3 - PREMIO**

Ai fini della determinazione del *premio* della presente *assicurazione*, gli *Assicurati* vengono distinti nei due seguenti gruppi:

- a) soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra;
- b) Familiari dei soci dell'Associazione RIUNITI, che non svolgono l'attività di odontoiatra.

Il *premio*, comprensivo di imposte, è calcolato in funzione delle tabelle di cui agli artt. 8.1 e 8.2 delle presenti Condizioni di Assicurazione e riportate sul *Modulo di Adesione*.

Si conviene tra le Parti che, per ogni *Assicurato*, deve essere corrisposto alla Compagnia:

- il 100% del premio annuo per gli ingressi in copertura avvenuti tra il 31.12.2018 e il 30.06.2019;
- il 60% del premio annuo per gli ingressi in copertura avvenuti tra il 01.07.2018 e il 31.12.2019.

### **ART. 4.4 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI FACOLTATIVA**

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

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

A titolo esemplificativo e non limitativo, sono compresi gli *infortuni*:

- subiti in stato di malore od incoscienza;

- derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- sofferti in stato di ubriachezza, **purché l'Assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione.**

Sono considerati *infortunati* anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione accidentale o da assorbimento accidentale di sostanze;
- gli avvelenamenti del sangue e infezioni – escluso HIV – sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole, di calore, di freddo e le influenze termiche e/o atmosferiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti;
- le lesioni muscolari da sforzo di origine traumatica diretta;
- gli *infortunati* subiti durante la pratica non professionale di qualsiasi sport, **eccettuati il paracadutismo e gli sport aerei in genere;**
- gli *infortunati* derivanti da aggressioni, rapine, attentati, atti di terrorismo e vandalismo **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;**
- conseguenti ad atti compiuti o tentati per dovere di solidarietà umana.

#### **ART. 4.5 – INFORTUNI CAUSATI DA COLPA GRAVE – TUMULTI POPOLARI – RISCHIO GUERRA**

L'assicurazione comprende, a parziale deroga:

- dell'art.1900 del Codice Civile, gli *infortunati* derivanti da colpa grave *dell'Assicurato*;
- dell'art.1912 del Codice Civile, gli *infortunati* derivanti da tumulti popolari, a condizione che *l'Assicurato* non vi abbia preso parte attiva nonché gli *infortunati* avvenuti all'estero (**fatta eccezione per il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino**) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.**

#### **ART. 4.6 – INFORTUNI CAUSATI DA CALAMITÀ NATURALI**

A parziale deroga dell'art.1912 del Codice Civile, *l'assicurazione* è estesa agli *infortunati* derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni o inondazioni.

Resta però convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca, in un unico evento (intendendosi per evento tutti gli *infortunati* avvenuti in un arco di tempo della durata di 72 ore consecutive), più *Assicurati* con la *Compagnia*, **l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 4.000.000,00 per tutti gli indennizzi.**

**Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun *Assicurato* saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.**

#### **ART. 4.7 – INFORTUNI AERONAUTICI - CONDIZIONE NON VALIDA PER IL PERSONALE AERONAVIGANTE**

La garanzia è estesa agli *infortunati* che *l'Assicurato* subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da Enti/Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclubs.

Se più *Assicurati* subiscono un *infortunio* nello stesso evento, **l'esborso a carico dell'Impresa non potrà superare la somma di € 6.460.000,00, complessivamente per aeromobile, relativamente al rischio volo, restando inteso che in detti limiti rientrano anche gli indennizzi riferentisi ad altri *Assicurati* per lo stesso rischio con altre eventuali *polizze* stipulate dallo stesso *Contraente* con la Società Reale Mutua di Assicurazioni.**

**Pertanto, qualora i predetti indennizzi calcolati per le singole *polizze* dovessero eccedere, nel totale, tale importo, gli stessi verranno ridotti con imputazione proporzionale ai capitali previsti sulle singole *polizze* stipulate con la Società Reale Mutua di Assicurazioni.**

Agli effetti della garanzia, il rischio aereo inizia nel momento in cui *l'Assicurato* sale a bordo dell'aeromobile per intraprendere un viaggio e cessa quando ne è disceso.

Il rischio di salita e discesa è considerato rischio aereo.

La presente garanzia è estesa agli *infortuni* derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, ferme restando le esclusioni e le estensioni a questo riguardo previste dagli artt. 4.4 e 4.5.

### ART. 4.8 – RISCHI NON ASSICURATI

Salvo patto speciale, non sono compresi nell'*assicurazione* gli *infortuni* derivanti, in modo diretto o indiretto, da:

- intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenie, forme maniaco-depressive o stati paranoici, infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. (per quest'ultima, fermo il disposto degli artt. 6.1 e 6.4 delle Condizioni Speciali di Assicurazione Infortuni);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizione non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 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;
- uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*;
- guerra ed insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 4.5.

Sono altresì esclusi gli *infortuni*:

- che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- derivanti, in modo diretto o indiretto, da qualsiasi atto di terrorismo, non limitato al solo uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di una singola persona o da gruppi di persone, che includa una delle seguenti azioni indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca al sinistro:
  - o la diffusione o la minaccia di diffusione di germi, *malattie* o altri contagi o contaminanti chimici o biologici ;
  - o l'uso o la minaccia d'uso di qualsiasi dispositivo nucleare o di sostanze radioattive.

Le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da *infortunio*, non rientrano nella garanzia prestata.

### ART. 4.9 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Si rimanda al precedente articolo 1.2.

### ART. 4.10 - ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali o delle altre attività dichiarate senza che il *Contraente* o l'*Assicurato* ne abbia dato comunicazione all'Impresa o al *Broker* che gestisce la *polizza*, in caso di *infortunio* che avvenga nello svolgimento delle diverse attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se le diverse attività non aggravano il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura ai sensi dell'art. 1898 del C.C. se le diverse attività aggravano il rischio.

## PRESTAZIONI

### ART. 4.11 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La *Compagnia* corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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 perfettamente integra e sana.

**In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Tabelle di cui all'art. 4.13 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

#### **ART. 4.12 - CASO DI MORTE DA INFORTUNIO**

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'*Assicurato* in parti uguali.

**L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.**

#### **ART. 4.13 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Se l'*infortunio* ha come conseguenza la invalidità permanente totale, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata. Se l'*infortunio* ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'*indennizzo* viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento:

- ai valori indicati nella Tabella Specifica di Supervalutazione di cui all'art. 4.14, **qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI che svolge attività di odontoiatra;**
- ai valori indicati nella Tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni – Industria – approvata con D.P.R. 30/6/1965, n°1124:
  - per le invalidità non rientranti nella predetta Tabella Specifica di Supervalutazione
  - oppure
  - qualora l'Assicurato sia un familiare del socio dell'Associazione RIUNITI.

Si precisa che, in tal caso, la liquidazione ed il pagamento dell'indennizzo verranno effettuati in capitale.

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.

La perdita assoluta ed irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso.

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

In caso l'*infortunio* determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.**

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, l'*indennizzo* è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

**ART. 4.14 - TABELLA SPECIFICA DI SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO  
- OPERANTE SOLO PER SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI**

Qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI che svolge attività di odontoiatra, il grado di invalidità permanente parziale viene accertato in base ai valori indicati nella tabella sotto riportata:

TIPO DI LESIONE	DESTRO	SINISTRO
per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica di una mano	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del pollice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica dell'indice	100%	100%
per la perdita totale, anatomica del medio	100%	100%
per la perdita totale, anatomica anulare	20%	20%
per la perdita totale, anatomica mignolo	20%	20%
per la perdita totale della falange ungueale del pollice	100%	100%
per la perdita totale della falange ungueale dell'indice	100%	60%
per la perdita totale della falange ungueale del medio	20%	15%
per la perdita totale o parziale contemporanea di due dita della stessa mano sino al massimo del	100%	
per la sordità totale bilaterale	100%	
per la perdita totale sordità totale di un orecchio	30%	
per la perdita totale di un piede	70%	
per la perdita della voce	50%	

**ART. 4.15 - LESIONI MUSCOLARI DA SFORZO**

L'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di invalidità permanente da *infortunio*, alle lesioni muscolari da sforzo, esclusi gli infarti, **comprese le ernie addominali determinate da sforzo con l'intesa che:**

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l' "indennità da ricovero da infortunio e malattia", se assicurata;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità non superiore al 20% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente da infortunio totale.

Qualora insorga contestazione circa l'operabilità o meno dell'ernia, la decisione potrà essere rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 2.2 – Controversie, arbitrato irrituale.

**ART. 4.16 - RIPARAZIONE DANNI ESTETICI**

Per l'Assicurato che non abbia superato il cinquantesimo anno di età, in caso di *infortunio* rientrante nella garanzia prestata che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico non altrimenti indennizzabili, in quanto non determinanti un'invalidità permanente, la *Compagnia* rimborsa - **fino ad un importo massimo di Euro 6.000,00 (seimila) - le spese documentate sostenute dall'Assicurato entro due anni dalla data del sinistro** per cure ed applicazioni, effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

## FRANCHIGIE

### ART. 4.17 - FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Resta convenuto che l'indennità per Invalidità Permanente Parziale verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- qualora l'Assicurato sia un socio dell'Associazione RIUNITI, **non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità Permanente Parziale pari od inferiore al 3% della Totale; se l'Invalidità Permanente Parziale supera il 3% della Totale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente tale percentuale.**
- Qualora l'Assicurato sia un familiare del socio dell'Associazione RIUNITI, **non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità Permanente Parziale pari od inferiore al 3% della Totale;** per Invalidità Permanente Parziale di grado superiore al 3% ed entro il 25%, **l'indennizzo verrà corrisposto solamente per la parte eccedente i primi tre punti di invalidità;** per Invalidità Permanente Parziale superiore al 25%, l'indennizzo viene corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.

Le *franchigie* si applicano sulla somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente al momento del sinistro.

### ART. 4.18 – CUMULO DI INDENNIZZI

L'indennizzo per "Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante" e "Rimborso delle Spese mediche da infortunio" è cumulabile con quello per Morte o Invalidità Permanente.

Inoltre, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno *dell'infortunio* ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello da corrispondere per il caso di morte, ove questo sia superiore; non chiede il rimborso nel caso contrario.

**Il diritto all'indennizzo 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'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la *Compagnia* paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato o offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

**CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI INTEGRATIVA  
(VALIDE SOLO SE ESPRESAMENTE PRESCELTE DALL'ASSICURATO NEL MODULO DI ADESIONE)****5.A) DIARIA GIORNALIERA PER APPLICAZIONE DI APPARECCHIO IMMOBILIZZANTE A SEGUITO DI INFORTUNIO**

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di un *infortunio* rientrante nella garanzia prestata con la presente *polizza*, anche se non determinante un'invalidità permanente, sia portatore:

- di apparecchio gessato,
- di qualsiasi altro mezzo di contenimento immobilizzante, comunque esterno e applicato da personale medico, escluso il collare di Vacchelli,

la *Compagnia* riconosce una indennità giornaliera pari alla somma assicurata risultante in *polizza*, fino alla rimozione dell'apparecchio gessato o del mezzo di contenimento immobilizzante.

**In nessun caso la *Compagnia* liquiderà la diaria per un periodo superiore a 60 giorni per *infortunio*.**

In caso di *sinistro*, l'Assicurato o gli aventi diritto, oltre ad essere tenuti agli adempimenti dell'art. 2.1 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi, **devono presentare copia integrale della cartella clinica o un documento equivalente, in originale, rilasciato dal Centro Medico che ha effettuato l'intervento di gessatura e della sua rimozione.**

**5.B) RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO**

La *Compagnia*, in caso di *infortunio* rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o un'invalidità permanente da *infortunio*, rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza dell'importo convenuto con il **massimo di Euro 15.000,00 per anno assicurativo**, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- rette di degenza in ospedale o clinica a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- spese di trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- spese fisioterapeutiche in genere;
- accertamenti diagnostici e visite mediche specialistiche;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie.

**Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica completa (in caso di ricovero), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.**

**5.C) FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (VALIDA SOLO PER SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI CHE SVOLGONO ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA)**

Limitatamente ai soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra, la *Compagnia*, nel caso di *infortunio* che abbia determinato una Invalidità Permanente Parziale, liquida l'indennizzo secondo i seguenti criteri:

- per Invalidità Permanente Parziale di grado pari od inferiore al 5% della Totale, **non si farà luogo ad alcun indennizzo;**
- per Invalidità Permanente Parziale di grado superiore al 5%, **l'indennizzo verrà corrisposto solamente per la parte eccedente i primi cinque punti di invalidità.**

**CONDIZIONI SPECIALI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI  
(SEMPRE OPERANTI - ESCLUSIVAMENTE PER I SOCI DELL'ASSOCIAZIONE RIUNITI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DI  
ODONTOIATRA - IN CASO DI ATTIVAZIONE DELLA PRESENTE SEZIONE B)**

**CONTAGIO DA H.I.V.**

**ART. 6.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Limitatamente per i soci dell'Associazione RIUNITI che svolgono attività di odontoiatra, l'assicurazione vale per il rischio di contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti al successivo art. 6.2, la Compagnia corrisponde un indennizzo pari ad € 150.000,00.

**ART. 6.2 - DENUNCIA DI SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V. a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o lettera raccomandata o fax.

Contemporaneamente deve essere inviata per lettera raccomandata alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva.

Se il primo test immunologico fornisce un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo, l'Impresa liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione.

Tutte le spese mediche relative ai test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

**ART. 6.3 - LIQUIDAZIONE**

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente art. 6.2, corrisponde l'indennizzo pattuito.

**ART. 6.4 - PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V. prima della denuncia del sinistro.

Parimenti, non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.

**INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA****NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA****PREMESSA**

Fermo restando il disposto di cui ai seguenti artt. 7.8 "Esclusioni e variazioni in corso di polizza" e 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione", l'Assicurato è esonerato dalla compilazione e sottoscrizione del Questionario Sanitario.

N.B. La garanzia Invalidità Permanente da Malattia è acquistabile unicamente in abbinamento alla garanzia Infortuni di cui alla presente Sezione B

**ART. 7.1 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Nell'assicurazione non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art.1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

**ART. 7.2 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

In base alle dichiarazioni rese dal Contraente, anche in nome e per conto degli Assicurati, la Compagnia garantisce agli Assicurati medesimi il pagamento di un *indennizzo* per il caso di invalidità permanente conseguente a *malattia*.

Sono oggetto della presente *polizza* le **malattie manifestatesi non oltre un anno** dalla scadenza della copertura per ogni singolo Assicurato e insorte:

- successivamente alla data del 31.12.2015 o della successiva data di decorrenza della garanzia per il singolo Assicurato;
- conseguenti a patologie insorte prima del 31.12.2015 o della successiva data di decorrenza della garanzia per il singolo Assicurato, **purché non conosciute dall'Assicurato in tale data**.

L'assicurazione è prestata:

- per la somma indicata in *polizza*;
- fermi i limiti, le esclusioni ed i criteri di non assicurabilità per le persone affette da alcune patologie, riportati agli artt. 7.7 "Decorrenza e continuità della garanzia", 7.8 "Esclusioni e variazioni in corso di polizza", 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione".

La percentuale di invalidità permanente è accertata in base al disposto di cui agli artt.li 7.3 "Criteri di indennizzo" e 7.4 "Valutazione dell'invalidità permanente".

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è invece determinata in base alla tabella di cui all'art. 7.5 "Tabella per liquidazione di invalidità permanente da *malattia*".

**Non rientra nell'oggetto della presente copertura assicurativa per Invalidità Permanente da *malattia* alcun indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato.**

**ART. 7.3 - CRITERI DI INDENNIZZO**

La Compagnia corrisponde l'*indennizzo* per le conseguenze dirette causate dalla singola *malattia* denunciata, indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che la *malattia* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle menomazioni prodotte dalla *malattia* sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, **l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette della *malattia* come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti**, fermo quanto stabilito all'art. 7.2 "Oggetto dell'Assicurazione" per dette patologie preesistenti e all'art. 7.9 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione" per le persone non assicurabili.

**ART. 7.4 – VALUTAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE**

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata - **non prima che sia decorso un anno e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia** - secondo i criteri stabiliti per le *assicurazioni* sociali contro gli *infortuni* e le *malattie* professionali, con riferimento alla tabella allegato n° 1 prevista dal T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R 30 giugno 1965 n.1124 e sue successive modificazioni, intervenute fino alla data di stipulazione della *polizza*.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella menzionata, l'*indennizzo* è stabilito, facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'*Assicurato*.

Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata con la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.

La minorazione e/o 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 menomazione, con il massimo del 100%.

**Nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% (venticinque per cento) della totale.**

**Quando l'invalidità permanente accertata sia invece di grado pari o superiore al 25%, la Compagnia liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base al disposto dell'art. 7.5.**

**ART. 7.5 - TABELLA DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è determinata in base alla tabella di seguito riportata:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA			
GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATO	CORRISPONDENTI PERCENTUALI DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA	GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATO	CORRISPONDENTI PERCENTUALI DA APPLICARE ALLA SOMMA ASSICURATA
25%	5%	56%	59%
26%	8%	57%	63%
27%	11%	58%	67%
28%	14%	59%	71%
29%	17%	60%	75%
30%	20%	61%	79%
31%	23%	62%	83%
32%	26%	63%	87%
33%	29%	64%	91%
34%	32%	65%	95%
da 35% a 55%	35% – 55%	66% e oltre	100%

**ART. 7.6 - NON CUMULABILITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE CON EVENTUALI GARANZIE PRESTATE CON ALTRA POLIZZA NEL RAMO INFORTUNI**

Per ogni singolo evento, la *presente assicurazione* non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con *polizze* nel ramo *infortuni* stipulate con la *Compagnia* e liquidabili in base alle stesse.

**ART. 7.7 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - CARENZE**



La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto la presente *polizza* o del successivo ingresso in copertura.

#### ART. 7.8 - ESCLUSIONI E VARIAZIONI IN CORSO DI POLIZZA

La garanzia non opera per:

- a) le invalidità permanenti che siano conseguenze di *malattie* (quindi anche stati patologici) insorte anteriormente alla data del 31.12.2018 o del successivo ingresso in copertura;
- b) le invalidità permanenti preesistenti alla data del 31.12.2018 o del successivo ingresso in copertura;
- c) invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni;
- d) le *malattie* mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- e) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- f) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
- g) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- h) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- i) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate.

Per le maggiori somme assicurate e per le eventuali diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di *polizza*, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della *polizza*.

#### ART. 7.9 - PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate;

La sopravvenienza in corso di *polizza* delle predette situazioni a carico dell'*Assicurato* costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'*assicurazione*, senza obbligo della *Compagnia* di corrispondere alcun indennizzo. In tal caso l'Impresa restituisce al *Contraente* la parte di *premio*, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

#### ART. 7.10 - LIMITE DI ETÀ

L'*assicurazione* cessa automaticamente alla scadenza successiva al compimento del 65° anno di età da parte dell'*Assicurato*.

Tale cessazione si verifica nonostante l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo la cessazione stessa; i *premi* verranno in tale caso restituiti a richiesta del *Contraente*.

### NORME CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

#### ART. 7.11 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

I *sinistri* devono essere denunciati alla *Compagnia* od al *Broker* che gestisce la *polizza* entro 30 giorni da quando la *malattia*, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata, è stata diagnosticata e **sempreché la *malattia* stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo *Assicurato*.**

In caso di impossibilità del *Contraente/Assicurato*, la denuncia può essere effettuata anche da eventuali altri *Assicurati*; se non risultano altri *Assicurati*, il *Contraente/Assicurato* dovrà denunciare il sinistro al momento in cui ne ha la possibilità.

**Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della malattia.**

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di invalidità permanente.

**L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla Compagnia, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

#### **ART. 7.12 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di controversie di natura medica sul diritto del *Contraente/Assicurato* all'indennizzo, le parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza*, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

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 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, le quali 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. **Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

#### **ART. 7.13 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

Il grado di invalidità permanente viene accertato in base agli artt.li 7.3 "Criteri di indennizzo" e 7.4 "Valutazione dell'Invalidità Permanente", tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

**Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica di cui all'art. 7.11 sono a carico dell'Assicurato. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.** Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la *Compagnia* paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente *polizza* sia ripartito per quote fra più *Compagnie*, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla *polizza*, esclusa ogni responsabilità solidale.

**SEZIONE B - CAPITALI ASSICURATI E CONDIZIONI DI PREMIO**

**ART. 8.1 - PREMI LORDI ANNUI: ASSOCIATO RIUNITI CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA**

Somma assicurata	Garanzia	Età Assicurato	Premio
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Morte da infortunio	Qualsiasi	65,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio	Qualsiasi	110,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio <b>Se operante la Condizione Particolare 4.C) – Franchigia Assoluta 5%</b>	Qualsiasi	80,00
Ogni € 50,00 giornaliera assicurate per	Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	Qualsiasi	30,00
Ogni € 5.000,00 di	Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	Qualsiasi	45,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da malattia	fino a 25 anni	100,00
		da 26 a 30 anni	110,00
		da 31 a 35 anni	120,00
		da 36 a 40 anni	145,00
		da 41 a 45 anni	160,00
		da 46 a 50 anni	175,00
		da 51 a 55 anni	190,00
		da 56 a 60 anni	250,00
		da 61 a 65 anni	290,00

Per questa categoria di assicurati è operante la “Tabella Specifica di sopervalutazione per invalità permanente da infortunio” di cui all'art. 4.14.

**ART. 8.2 - PREMI LORDI ANNUI: FAMILIARI DEGLI ASSOCIATI RIUNITI CHE NON SVOLGONO ATTIVITÀ MANUALI**

Somma assicurata	Garanzia	Età Assicurato	Premio
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Morte da infortunio	Qualsiasi	65,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da infortunio	Qualsiasi	90,00
Ogni € 50,00 giornaliera assicurate per	Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	Qualsiasi	30,00
Ogni € 5.000,00 di	Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	Qualsiasi	45,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalità permanente da malattia	fino a 25 anni	100,00
		da 26 a 30 anni	110,00
		da 31 a 35 anni	120,00
		da 36 a 40 anni	145,00
		da 41 a 45 anni	160,00
		da 46 a 50 anni	175,00
		da 51 a 55 anni	190,00
		da 56 a 60 anni	250,00
		da 61 a 65 anni	290,00

### ART. 8.3 - CAPITALI MASSIMI ASSICURABILI PER SINGOLO ASSOCIATO O FAMILIARE

<input type="checkbox"/> Morte da infortunio	€	1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da infortunio	€	1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	€	250,00
<input type="checkbox"/> Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	€	15.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da malattia	€	400.000,00

Fermo quanto disposto dall'art. 4.4-Oggetto dell'assicurazione infortuni facoltativa, per i soli Assicurati che svolgono l'attività di Odontoiatra e che attivino contestualmente (o abbiano già attivato) la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia", è possibile acquistare l'estensione della copertura al rischio di contrarre il virus dell'Epatite B e C, al fine di tutelarsi dai casi di contagio diversi da quello accidentale occorso in occasione di un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

La suddetta estensione di copertura si intende operante nei termini di seguito riepilogati e fino alla concorrenza del capitale assicurato indicato sul modulo di adesione.

#### Denuncia del sinistro ed obblighi relativi – Criteri di indennizzabilità

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus dell'Epatite, **deve, entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Compagnia od al Broker che gestisce la polizza (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o lettera raccomandata o fax.**

Contemporaneamente deve essere inviata per lettera raccomandata alla *Compagnia* od al *Broker* che gestisce la polizza una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo accertamento diagnostico presso un centro specializzato indicato dalla *Compagnia*.

**Qualora dal test risulti che l'Assicurato è affetto da Epatite B o C, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa a tale garanzia ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva.**

Tutte le spese mediche relative agli accertamenti diagnostici volti a confermare il contagio da Epatite B o C sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

**L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.**

Qualora il primo test per l'epatite risultasse negativo, l'Assicurato, entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporli al secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

- o se l'epatite è di tipo C si liquiderà il 60% della somma assicurata;
- o se l'epatite è di tipo B si valuterà il grado di Invalidità Permanente accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri di seguito elencati:

#### Valutazione del grado di Invalidità Permanente

Il grado di Invalidità viene valutato – non prima che sia trascorso un anno dalla denuncia – secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia, di cui al D.P.R. 30/06/1965 n° 1124. La valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno conto della misura nella quale è per sempre

diminuita la capacità lavorativa generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dal la professione esercitata.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

### Tabella di liquidazione dell'indennizzo

Fermo restando quanto previsto al comma a) precedente, si conviene che:

- 1) Nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità permanente è inferiore al 25% della totale;
- 2) I casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato	% di invalidità permanente accertata	Indennizzo % del capitale assicurato
25	5	65	70
26	8	66	73
27	11	67	76
28	14	68	79
29	17	69	82
30	20	70	85
31	23	71	88
32	26	72	91
33	29	73	94
34	32	74	97
dal 35 al 63	dal 35 al 63	75 e oltre	100
64	67		

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli Eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore prima che l'indennizzo, già concordato o comunque offerto in misura determinata sia stato pagato, la Società liquida agli Eredi il relativo importo.

L'art. 8.1 - **PREMI LORDI ANNUI: ASSOCIATO RIUNITI CHE SVOLGE ATTIVITÀ DI ODONTOIATRA** si intende integrato e sostituito da quanto segue:

Somma assicurata	Garanzia	Età Assicurato	Premio
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Morte da infortunio	Qualsiasi	65,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalidità permanente da infortunio	Qualsiasi	110,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalidità permanente da infortunio <b>Se operante la Condizione Particolare 4.C) – Franchigia Assoluta 5%</b>	Qualsiasi	80,00

Ogni € 50,00 giornaliera assicurate per	Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	Qualsiasi	30,00
Ogni € 5.000,00 di	Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	Qualsiasi	45,00
Ogni € 100.000,00 assicurati per il caso di	Invalidità permanente da malattia	fino a 25 anni	100,00
		da 26 a 30 anni	110,00
		da 31 a 35 anni	120,00
		da 36 a 40 anni	145,00
		da 41 a 45 anni	160,00
		da 46 a 50 anni	175,00
		da 51 a 55 anni	190,00
		da 56 a 60 anni	250,00
da 61 a 65 anni	290,00		
Ogni € 50.000,00 assicurati per il caso di	Contagio da virus Epatite B e C	Qualsiasi	10,00

Per questa categoria di assicurati è operante la “Tabella Specifica di supervalutazione per invalidità permanente da infortunio” di cui all’art. 4.14.

L’art. 8.3 - CAPITALI MASSIMI ASSICURABILI PER SINGOLO ASSOCIATO O FAMILIARE si intende integrato e sostituito da quanto segue:

<input type="checkbox"/> Morte da infortunio	€ 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da infortunio	€ 1.000.000,00
<input type="checkbox"/> Diaria giornaliera per applicazione di apparecchio immobilizzante a seguito di infortunio	€ 250,00
<input type="checkbox"/> Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio	€ 15.000,00
<input type="checkbox"/> Invalidità permanente da malattia	€ 400.000,00
<input type="checkbox"/> Contagio da virus Epatite B e C (per il solo iscritto che svolge attività di odontoiatra)	€ 150.000,00



**REALE  
MUTUA**

Fondata nel 1828  
Sede Legale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia)  
Reg. Imp'r. Torino, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00875360018  
R.E.A. Torino N. 9806  
Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle imprese di assicurazione e  
riassicurazione - Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua,  
iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

**Polizza Convenzione  
LONG TERM CARE  
Monoannuale**

Tutela della salute

**Associazione RIUNITI**  
**Polizza Long Term Care**

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono formate da 6 pagine



## DEFINIZIONI

Le definizioni, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono *in corsivo*.

### ASSICURATO

Il soggetto, indicato nel *modulo di polizza*, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

### CONTRAENTE

Chi stipula l'assicurazione.

### DIFFERIMENTO

L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata.

### FRANCHIGIA - SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto) sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

### INDENNIZZO

L'importo erogato da Reale Mutua in forma di rendita in caso di *sinistro*.

### INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati *infortuni* anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.

### MALATTIA

Ogni alterazione obiettivamente riscontrabile dello stato di salute non dipendente da *infortunio*.

### MODULO DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, le somme assicurate, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

### POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

### RENDITA

Importo predeterminato pagabile periodicamente al verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

### SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

## CONDIZIONI GENERALI

### 1.1 PAGAMENTO DEL PREMIO – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel *modulo di polizza* se il premio o la rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

**In caso di sinistro, il premio relativo alla persona divenuta non autosufficiente non è più dovuto.**

### 1.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata del contratto è annuale non tacitamente rinnovabile. Pertanto decorso un anno dal momento di decorrenza della presente *polizza*, la stessa cessa automaticamente i propri effetti senza necessità di ulteriori comunicazioni tra le Parti.

**Reale Mutua si riserva la facoltà di concedere la proroga del contratto per un altro anno, previa revisione del premio di *polizza* e così di seguito per le annualità successive.**

### 1.3 DECORRENZA DELLA GARANZIA

Fermo quanto disposto al punto 1.1, la garanzia opera per i casi di non autosufficienza che si verificano dopo i periodi sotto indicati:

- a dal giorno di effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente ad *infortunio*;
- b dopo 3 anni dall'effetto dell'assicurazione (o del successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica;
- c dopo 90 giorni dall'effetto dell'assicurazione (o dal successivo ingresso in copertura) nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate nei precedenti punti a) e b).

I casi di non autosufficienza verificatisi durante i periodi sopra indicati, liberano Reale Mutua dagli obblighi contrattuali e causano la rescissione del contratto nei confronti del singolo *assicurato* con rimborso dei premi.

Qualora la *polizza* sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza in essere con Reale Mutua, per gli stessi *Assicurati* i termini di cui sopra operano per le maggiori somme assicurate dalla presente polizza.

### 1.4 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Per gli inserimenti in corso di contratto, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione a Reale Mutua, con mezzo avente data certa, dei dati anagrafici della persona da comprendere tra gli *Assicurati* (ovvero dalla eventuale data successiva indicata nella comunicazione), qualora il relativo premio sia stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Il premio viene incassato sulla base dell'età e del sesso di ciascun *Assicurato* con le seguenti modalità:

- 100% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel primo semestre di copertura;
- 70% del premio annuo per gli ingressi avvenuti nel secondo semestre di copertura.

Il *Contraente* si impegna, con le stesse modalità previste per gli inserimenti, a comunicare a Reale Mutua anche i dati anagrafici delle persone nei confronti delle quali si interrompe la copertura assicurativa.

Per coloro che interrompono il rapporto associativo con il *Contraente* per quiescenza la garanzia è operante fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Per i soci che risolvono il rapporto associativo per altre cause la garanzia cessa con effetto immediato.

**Reale Mutua non è tenuta al rimborso della parte di premio pagato per il periodo di copertura non goduto.**

### 1.5 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli *Assicurati* sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei *premi* o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il *Contraente* si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le *Condizioni di Assicurazione*.

Il *Contraente* si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate da Reale Mutua, a rendere note tempestivamente agli *Assicurati* le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa.

**1.6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**  
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente (o dell'Assicurato) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

## COSA ASSICURIAMO

### 2.1 RISCHIO ASSICURATO

Reale Mutua garantisce gli *Assicurati* contro il rischio della perdita di autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che:

- **si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata, di poter compiere senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 delle seguenti 4 azioni consuete della vita quotidiana:**
  - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale;
  - nutrirsi: capacità di mangiare e bere;
  - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi;
  - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
- è affetta da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, e giustifica l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

## CHI ASSICURIAMO

### 2.2 PERSONE ASSICURATE

La garanzia opera per tutte le persone appartenenti alle categorie indicate nel *modulo di polizza* (salvo quanto previsto al punto 3.1).

Il *Contraente* si impegna ad assicurare la totalità degli associati; eventuali inadempienze comporteranno la proporzionale riduzione degli *indennizzi*.

## GARANZIE

### 2.3 GARANZIE ASSICURATE

Dal momento in cui l'*Assicurato* venisse a trovarsi nello *stato di non autosufficienza*, Reale Mutua erogherà mediante una polizza Vita non rivalutata, una *rendita* in rete mensili di € 480 ciascuna per un periodo di 5 anni.

La rendita è corrisposta al termine del *differimento* di 90 giorni, a condizione che l'*Assicurato* permanga in vita e perduri lo stato di non autosufficienza; diversamente vale quanto indicato al punto 5.2.

## DELIMITAZIONI DELLA GARANZIA

### 3.1 LIMITE DI ETÀ - PERSONE NON ASSICURABILI

L'*assicurazione* vale per le persone di età non superiore a 75 anni; le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla scadenza dell'annualità assicurativa.

Reale Mutua non assicura le persone che al momento della sottoscrizione del contratto non siano autosufficienti.

L'eventuale incasso del *premio*, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà quindi restituito da Reale Mutua.

### 3.2 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- atti dolosi compiuti o tentati dell'*Assicurato*;
- atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati), e accelerazioni di particelle atomiche;
- guerre ed insurrezioni;
- abuso di alcolici, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- incidente di volo, se l'*Assicurato* viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- patologie psichiatriche, sindromi nevrotiche e caratteriali.

## GESTIONE DEL CONTRATTO

### 4.1 UNICI CASI IN CUI REALE MUTUA PUO' RECEDERE DAL CONTRATTO

Reale Mutua potrà risolvere il contratto (o recedere dall'assicurazione nei confronti del singolo *Assicurato*) unicamente in caso di:

- persona divenuta non più assicurabile ai sensi del punto 3.1;
- rinuncia del *Contraente* all'assicurazione di una o più delle persone assicurate (salvo quanto previsto al punto 3.1);
- persona divenuta non autosufficiente durante i periodi di carenza di cui al punto 1.3;
- cessazione dell'esercizio del Ramo Malattie.

## COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

### 5.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

**A** L'*Assicurato* o chi per esso deve:

- dare avviso scritto a Reale Mutua nel più breve tempo possibile;
- produrre tutta la documentazione medica in suo possesso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- sottoporsi anche in fase di ricovero, ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o da suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- fornire delega scritta a Reale Mutua al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'*Assicurato*;
- fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'*Assicurato*, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
- in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico preciso comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive come il test M.M.S. di Folstein.

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste da Reale Mutua sono a carico dell'*Assicurato*.

**B** Reale Mutua, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, provvede a formalizzare il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Entro tale periodo Reale Mutua si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

### 5.2 CONDIZIONI DI PAGAMENTO DELLA RENDITA – RIVEDIBILITA' DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il riconoscimento da parte di Reale Mutua dello *stato di non autosufficienza* - come indicato al punto 5.1.B - dà diritto all'*Assicurato* a percepire la rendita assicurata per il periodo indicato nel modulo di polizza o comunque fino a quando perdura lo *stato di non autosufficienza*.

**Il pagamento della rendita inizia al termine del *differimento* di 90 giorni a partire dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.**

Reale Mutua si riserva la facoltà di procedere in ogni momento ad un controllo dello stato di salute dell'*Assicurato* e di farlo esaminare da un medico. Può inoltre richiedere tutti i documenti che sono considerati necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute.

**In caso di rifiuto dell'*Assicurato* a sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita sarà sospeso.**

**Se l'*Assicurato* non corrisponde più ai criteri per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della rendita viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza, per riprendere il giorno in cui la non autosufficienza viene nuovamente riconosciuta.**

### **5.3 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli *indennizzi*, si potrà procedere, su accordo tra l'*Assicurato* e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico. I primi due componenti del Collegio saranno designati dall'*Assicurato* e da Reale Mutua e il terzo d'accordo dai primi due o - in caso di disaccordo - dal presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio risiede nel comune, che sia sede di Istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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 sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

**POLIZZA CONVENZIONE**

**RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE**

**ASSOCIAZIONE RIUNITI**

Mod. 5060RIU/FI RCG - Ed. 09/15

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente  
prima della sottoscrizione del contratto.

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE  
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**



## NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

### A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- a) Società Reale Mutua di Assicurazioni – forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
- b) Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
- c) Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.  
Sito internet: [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it)  
E-mail: [buongiorno reale@realemutua.it](mailto:buongiorno reale@realemutua.it)
- d) **Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L.29/04/1923, n 966 REA Torino, n.9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.**

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.789 milioni di euro, di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia e 1.729 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 577,7%. Tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

### B INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La informiamo che su [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it) è disponibile un'Area Riservata che Le permetterà di consultare la Sua posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.

#### TACITO RINNOVO DEL CONTRATTO

Il contratto prevede la possibilità del tacito rinnovo subordinata all'andamento tecnico della polizza, come previsto dal punto 5) "Decorrenza e durata dell'assicurazione".

**AVVERTENZA:** Se il contratto viene stipulato con la clausola di tacito rinnovo, è possibile comunque impedirne il rinnovo mediante la disdetta. La disdetta può essere effettuata, sia da parte del Contraente sia da parte della Società, solo mediante comunicazione con lettera raccomandata che deve essere spedita almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto. La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

#### AGGIORNAMENTI NON DERIVANTI DA INNOVAZIONI NORMATIVE

Gli aggiornamenti al fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative sono consultabili presso il sito internet di Reale Mutua ([www.realemutua.it](http://www.realemutua.it)).

#### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Il prodotto *Polizza Convenione – Responsabilità Civile Professionale – Associazione Riuniti* – prevede la copertura assicurativa dei rischi derivanti dallo svolgimento dell'attività odontostomatologica (con o senza implantologia) e la conduzione dello studio professionale. Il contratto ha la forma di "Polizza Convenione" e potranno aderirvi esclusivamente i soci dell'Associazione Riuniti.

Il prodotto prevede anche la possibilità di attivare, a determinate condizioni, le Estensioni di Garanzia relative a: "Prestazioni di medicina estetica" e "Restituzione dei compensi". Sono inoltre previste delle riduzioni di premio nel caso di "Adesione nella forma a secondo rischio" e "Adesione nella forma Neolaureati".

**Saranno operanti esclusivamente le Estensioni di Garanzia esplicitamente richiamate, dai singoli assicurati, sul modulo di adesione.**

**Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente, saranno oggetto di espressa pattuizione.**

**AVVERTENZA - I massimali assicurati sono indicati sul frontespizio di polizza e al punto 21) "Massimale e limiti di risarcimento".**

**Le garanzie prevedono limiti ed esclusioni che sono indicati ai punti 17) "novero dei terzi" e 18) "Delimitazioni" nonché nelle definizioni del "glossario". Le condizioni di assicurazione prevedono che siano applicate, a seconda dei casi, franchigie o scoperti, limiti e massimali come previsto dai punti A) "Prestazioni di medicina estetica", B1) e B2) "Restituzione dei compensi" e 21) "Massimale e limiti di risarcimento".**

**ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA E DEL LIMITE DI RISARCIMENTO O MASSIMALE**

Per calcolare l'indennizzo dovuto da Reale Mutua in caso di sinistro, occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali Reale Mutua interviene.

Esempi di applicazione di franchigia/scoperto con limite di indennizzo:

		Esempi		
		A	B	C
Entità del danno	€	750	1.500	3.000
Scoperto 20% con il minimo di €200	€	200	300	600
Limite di indennizzo	€	2.000	2.000	2.000

**Esempio A** - Il danno indennizzato sarà di €550 (riducendo €750 dello scoperto minimo di €200; non opera il limite di indennizzo).

**Esempio B** - Il danno indennizzato sarà di €1.200 (riducendo €1.500 del 20% di scoperto; non opera il limite di indennizzo).

**Esempio C** - Il danno indennizzato sarà di €2.000 (riducendo €3.000 del 20% di scoperto e successivamente applicando il limite di indennizzo).

**4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità**

**AVVERTENZA:** Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto, così come indicato agli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile e al punto 1 "Dichiarazioni dell'assicurato – Aggravamento di rischio".

**5. Aggravamento e diminuzione del rischio**

Il Contraente o l'Assicurato, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Reale Mutua possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Nel caso di diminuzione del rischio Reale Mutua, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

**6. Premi**

Il premio, salva diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile

- in unica rata per ciascun periodo annuo (oppure in unica rata comprensiva di tutte le annualità, se il contratto è poliennale) oppure
- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali). In questo caso potrà essere applicato un aumento del premio.

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:

- denaro contante (entro i limiti previsti dalla Legge vigente),
- assegno bancario o circolare,
- bonifico bancario,
- bollettino postale,
- bancomat o carta di credito (solo nelle agenzie dotate di POS).

**AVVERTENZA:** L'impresa o l'intermediario, in base a valutazioni tecnico commerciali nel loro complesso oppure a seguito di specifiche convenzioni, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto.

**7. Rivalse**

**AVVERTENZA:** Il diritto di rivalsa, previsto dall'art. 1916 del Codice Civile, consiste nella facoltà dell'Assicuratore di recuperare dal responsabile del danno le somme indennizzate all'Assicurato. Reale Mutua si riserva il diritto di rivalersi sul responsabile del sinistro.

In ogni caso la rivalsa non viene esercitata nei confronti dei soggetti assicurati.

**8. Diritto di recesso**

**AVVERTENZA:** Il prodotto *Polizza Convenione – Responsabilità Civile Professionale – Associazione Riuniti* prevede il diritto di recesso nel corso del Periodo di assicurazione, dopo il secondo sinistro imputabile al medesimo Assicurato. In tal caso la Compagnia e l'Assicurato hanno la facoltà di recedere da ogni singola adesione con preavviso di 90 giorni, così come previsto dal punto 4) "Recesso in caso di sinistro".

Qualora la durata del contratto sia superiore a cinque anni il Contraente ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno sessanta giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà.

**9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

Nell'assicurazione della Responsabilità Civile il termine di due anni decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

#### 10. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana. Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

#### 11. Regime fiscale

Per la polizza in oggetto si applica l'aliquota d'imposta del 22,25%.  
Resta ferma l'applicabilità di agevolazioni fiscali nel caso di rischi particolari previsti dalla legge.  
Nel caso di rischio ubicato all'estero si applica il trattamento fiscale del relativo Paese.

### **C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

#### 12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

**AVVERTENZA:** le condizioni di assicurazione prevedono che in caso di sinistro il Contraente deve provvedere alla denuncia dei fatti a Reale Mutua, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, precisando le circostanze dell'evento. Deve poi osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni di assicurazione.

I dettagli delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti ai punti 25) "Denuncia dei sinistri RCT", 26) "Denuncia dei sinistri RCO", 27) "Gestione delle vertenze di danno – Spese legali", 28) "Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri".

#### 13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800-320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it. **Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, correlando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.**

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/index.en.htm> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

##### Informazioni

Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800-320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

##### Commissione di Garanzia

Nella continua attenzione verso i propri Clienti Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 – 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. **Possano rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.**

#### 14. Arbitrato

**AVVERTENZA:** nel caso in cui per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti sia previsto l'arbitrato è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Reale Mutua è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Società Reale Mutua Assicurazioni  
Luca Filippone



Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguente  
**GLOSSARIO**

**ASSICURATO**

Il socio dell'Associazione RIUNITI che ha aderito alla convenzione.

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE**

L'esercizio dell'attività odontostomatologica e la conduzione dello studio professionale.

**COMPAGNIA**

La Società Reale Mutua di Assicurazioni.

**CONTRAENTE**

L'Associazione RIUNITI.

**EUROPA**

Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano, gli altri Stati dell'Unione Europea, nonché Andorra, Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco e Svizzera.

**FRANCHIGIA**

Parte del *danno* o della *perdita pecuniaria*, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

**MASSIMALE**

Somma complessiva massima fino alla concorrenza della quale Reale Mutua presta la garanzia.

**MODULO DI ADESIONE**

Il documento compilato dai soci per l'adesione obbligatoria alla convenzione.

**PARTI**

L'Assicurato - la Compagnia - il Contraente.

**SCOPERTO**

La parte del danno o della perdita pecuniaria, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

**SINISTRO**

La richiesta di risarcimento scritta.

# DOCUMENTO DI INFORMATIVA PRECONTRATTUALE (Regolamento IVASS 45 agosto 2020)

## COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE (Allegato3)

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione (fatto salvo si tratti di un contratto IBIP distribuito da intermediari iscritti nella sezione D del RUI, applicandosi in tal caso la disciplina dettata dalla Consob), di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.

### Informazioni generali relative all'intermediario che entra in contatto con il contraente

Cognome e Nome dell'intermediario: Roberto Nanni qualifica: Intermediario iscritto RUI	<b>Nota per il contraente</b> I dati identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi (RUI) sul sito Isvap dell'IVASS: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> <b>IVASS Istituto di vigilanza sulle assicurazioni</b> <b>Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA</b>	
Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi N° 98535 dal 16 Aprile 2007 Sezione E		
Via Aliprandi 32, 20833 Giussano (MB)		
Tel 0362 355411 – <a href="mailto:info@odontomar.it">info@odontomar.it</a> – <a href="mailto:pec@pec.odontomar.it">pec@pec.odontomar.it</a> – <a href="http://www.odontomar.it">www.odontomar.it</a>		
<b>Attività svolta per conto di:</b>		<b>VOGLIOTTI BROKER SRL</b>
Sede legale ed operativa		<b>Via Brofferio 3 – 10121 Torino (TO)</b>
Telefono e Fax		<b>Tel. 011.884170 Fax 011.8177560</b>
Posta elettronica e sito web	<b><a href="mailto:info@vogliottibroker.it">info@vogliottibroker.it</a> - <a href="http://www.vogliottibroker.it">www.vogliottibroker.it</a></b>	
<b>Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi Sez. B n. 000380625 del 09/05/2011</b>		

Si dichiara che l'IVASS è l'autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta; gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)).

### Informazioni sull'attività svolta dall'intermediario assicurativo

<b>Denominazione sociale delle imprese di assicurazione con le quali ODONTOMAR ha o potrebbe avere rapporti d'affari:</b>
– Il contraente ha diritto di chiedere alla ODONTOMAR la denominazione delle imprese di assicurazione con le quali la stessa ha o potrebbe avere rapporti d'affari. Vista l'elevata quantità di rapporti di libera collaborazione in essere tra ODONTOMAR e le Imprese e/o Agenzie di assicurazione, la lista delle stesse con le quali ODONTOMAR ha rapporti di libera collaborazione, con specificato per ciascuna di esse se ODONTOMAR sia autorizzata, oppure no, a incassare il premio con effetto liberatorio per il Contraente è disponibile e sarà fornita al Contraente dietro sua richiesta.
Ai sensi dell'articolo 117 del d.lgs. 7 settembre 2005, n.209, i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso.

### Informazioni relative alle remunerazioni

<b>Ammontare delle provvigioni o dei compensi riconosciuti dalle imprese nelle polizze di responsabilità civile auto a ODONTOMAR</b>
In conformità al regolamento ISVAP n. 23 del 9/05/2008, vista l'elevata quantità dei rapporti di libera collaborazione in essere ODONTOMAR e la Imprese e/o Agenzie di assicurazione, la lista delle stesse con le quali ODONTOMAR ha in essere rapporti di libera collaborazione con specificato per ciascuna di esse le provvigioni riconosciute nelle polizze di responsabilità civile auto è disponibile e sarà fornita al contraente dietro sua richiesta.

### Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

<b>L'Odontomar, NON</b> detiene alcuna partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di una impresa di assicurazione
Nessuna impresa di assicurazione o impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti dell'Odontomar
L'Odontomar fornisce al contraente una consulenza ai sensi dell'articolo 119-ter, comma 3, del Codice, e la consulenza fornita è fondata su un'analisi imparziale e personale ai sensi del successivo comma 4, del medesimo articolo, senza alcun obbligo contrattuale che imponga il proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione

### Informazioni sulle forme di tutela del contraente

l'attività di intermediazione è garantita da un contratto di assicurazione della responsabilità civile che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;
Il contraente ha la facoltà di rivolgersi, all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario o all'impresa preponente, indicando le modalità e i recapiti della funzione aziendale competente, ove prevista, nonché la possibilità per il contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario o dell'impresa entro il termine di legge, di rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente. L'informativa è integrata con la procedura per la presentazione dei reclami in caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'articolo 22, comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221;
Il contraente ha la facoltà di avvalersi di altri eventuali sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie previsti dalla normativa vigente;

## ALLEGATO 4 - TER ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

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.

### VOGLIOTTI BROKER SRL - Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi Sez. B n. 000380625 del 09/05/2011

#### Sezione I Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- obbligo di consegna al contraente dell'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, di metterlo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e di pubblicarlo sul sito internet, ove esistente
- obbligo di consegna dell'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
- obbligo di consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente
- obbligo di 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
- se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, obbligo 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
- obbligo 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
- obbligo di 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

#### Sezione II - Regole supplementari per la distribuzione di prodotti di investimento assicurativi

- prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, obbligo di consegna/trasmisione al contraente copia dell'Allegato 4-bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018
- obbligo di valutare l'adeguatezza oppure l'appropriatezza del prodotto di investimento assicurativo proposto
- in caso di vendita con consulenza, obbligo di informare il contraente se il prodotto è adeguato, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito con consulenza
- in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente se il prodotto è inappropriato, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione
- in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di accertare l'appropriatezza del prodotto proposto, nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque il prodotto, obbligo di informarlo di tale circostanza, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione
- obbligo di fornire le informazioni di cui all'articolo 121-sexies, commi 1 e 2, del Codice