

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI **(Contagio Accidentale dei Virus HIV, HBV e HCV)**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO, CONTENENTE:

- a) Nota informativa;**
- b) Condizioni di assicurazione;**
- c) Glossario;**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO O DOVE PREVISTO DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

Arch Insurance Company (Europe) Ltd.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Arch Insurance Company (Europe) Ltd. é parte di Arch Capital Group Ltd

NOTA INFORMATIVA

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

Il Contratto è stipulato con:

Arch Insurance Company (Europe) Limited (nel seguito anche gli "Assicuratori").

- Sede legale: 6th Floor Plantation Place South 60, Great Tower Street EC3R5AZ, Londra (Regno Unito)
- Sede Secondaria (Rappresentanza Generale) in Italia: Via Gabrio Casati, 1, 20123 Milano, (Italia)
- Telefono: 0044 207 621 4550/0039 02 806181
- Fax: 0044 207 621 4501/0039-02 80618201
- Sito internet: www.archinsurance.co.uk
- e-mail: info@archinsurance.co.uk
- Provvedimento di autorizzazione a svolgere l'attività assicurativa in Italia: n. 1905-600964 in data 16 febbraio 2005, codice IVASS D851R.
- Numero iscrizione Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 100052

Arch Insurance Company (Europe) Limited svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/ECC e successive modificazioni nonché ai sensi di quanto previsto all'art. 23 del Codice delle Assicurazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale avente sede in Via Gabrio Casati, 1 - 20123, Milano.

Arch Insurance Company (Europe) Limited è sottoposta al controllo dell'autorità di vigilanza dello Stato di Origine (Regno Unito): Financial Services Authority (FCA), con sede in 25 The North Colonnade, Canary Wharf, E14 5HS, Londra (Regno Unito).

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto di Arch Insurance Company (Europe) Limited è pari ad Euro 80.199.000,00, di cui Euro 61.540.000,00 di capitale sociale ed Euro 18.659.000,00 di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni di Arch Insurance Company (Europe) Limited (che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) è pari a 136,6%.

I dati patrimoniali di cui sopra si riferiscono al bilancio d'esercizio 2012.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata prevista dal contratto è espressamente indicata in polizza e non potrà essere superiore ai 12 mesi a meno che non preventivamente concordato. Il contratto si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di alcuna comunicazione tra le parti (Art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre le seguenti coperture ed è operativo solo durante l'esercizio dell'attività professionale svolta in strutture medico-sanitarie:

Contagio Accidentale del Virus dell'HIV, e delle Epatiti "B" e "C".

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, regolarmente esplicitate negli Artt. 12, 13, 14, 17, 19, 20 e 21 delle **Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione**.

Il contratto non prevede franchigie o scoperti, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, gli Assicuratori liquideranno interamente il Capitale indicato nella Scheda di Polizza.

Avvertenza

Se alle scadenze convenute il Contraente/Assicurato non paga i premi successivi, ai sensi dell'Art 1901 C.C. l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del giorno di scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente/Assicurato paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto degli Assicuratori al pagamento dei premi scaduti.

Specificatamente:

All'Art 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione "Decorrenza dell'assicurazione"

4. Periodi di carenza contrattuali

Non sono previsti periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Il limiti di età per la validità dell'assicurazione è anni 75.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario – Nullità

Avvertenza

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze del Contraente/ Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, così come disposto dagli Artt. 4 e 4BIS delle **Condizioni Generali di Assicurazione**.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non comunicati o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 C.C. In caso di recesso gli Assicuratori rimborseranno la parte di Premio, al netto dell'imposta, dalla data in cui la comunicazione del recesso prende efficacia sino alla scadenza del contratto, così come disposto dagli Artt. 4 e 4BIS delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Ipotesi di circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il periodo di validità della polizza nell'espletamento delle attività professionali, dichiarata nel Certificato. Ad esempio - relativamente alla garanzia della presente Polizza - l'Assicurato, senza preventiva comunicazione agli Assicuratori e conseguente accettazione da parte degli stessi, svolge la propria attività al di fuori di strutture medico-sanitarie. Se il contraente non comunica alla Società questi aggravamenti di rischio, in caso di sinistro la Società si avvarrà di quanto stabilito all'Art. 4 – **diminuzione o aggravamento del rischio** – delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. Premi

Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. Il premio è comunque sempre interamente dovuto anche se è stato concordato il frazionamento in più rate. Il pagamento del premio è effettuato in favore dell'intermediario che gestisce il contratto.

Gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi (D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private):

- a. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- b. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

Per i contratti di assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto, il divieto riguarda i premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Avvertenza

Sconti sul premio

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti.

L'Intermediario/Agente non ha possibilità di applicare a titolo di sconto, nell'ambito di una flessibilità eventualmente concessa dalla compagnia, una riduzione sul premio di tariffa.

8. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritti di recesso

Nel presente contratto di Assicurazione opera il seguente diritto di recesso, esercitabile sia dall'assicuratore che dall'Assicurato/Contraente dopo ogni sinistro o rifiuto dell'indennizzo (60 giorni). (**Art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione**).

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 C.C. 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166), fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'art. 2952 del c.c.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla legge italiana

11. Regime fiscale applicabile al contratto

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Al contratto si applicano le imposte in vigore al momento della stipula dello stesso. Sul modulo di polizza sono riportati oltre al premio totale anche i premi imponibili di rata e le relative imposte applicate.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro, le ipotesi in cui viene richiesta la visita medica, le spese di cura a carico dell'assicurato, ed i termini per l'accertamento della invalidità conseguente a malattia si rimanda:

➤ **All'Art. 17 delle Condizioni Particolari di Assicurazione.**

13. Assistenza diretta – convenzioni

La copertura assicurativa non viene fornita in forma diretta.

14. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati agli Assicuratori, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) e all'autorità di vigilanza dello Stato di Origine competente (Financial Ombudsman Service) secondo le disposizioni che seguono:

1. Agli Assicuratori:

possono essere indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o della gestione dei sinistri.

I reclami possono essere inoltrati per iscritto a:

Arch Insurance Company (Europe) Limited, 6th floor, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, Londra EC3R 5AZ, all'attenzione del Complaints Manager, fax n. 0044-207-621-4502.

I reclami devono contenere i seguenti dati: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'impresa, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Gli Assicuratori, ricevuto il reclamo devono fornire riscontro entro il termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di ricevimento del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

2. All'IVASS:

possono essere indirizzati i reclami

(i) aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a

distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte degli Assicuratori, degli intermediari da essa incaricati e dei periti assicurativi;

(ii) nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato agli Assicuratori o in caso di assenza di riscontro da parte degli Assicuratori nel termine di 45 (quarantacinque) giorni.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

IVASS, Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax n: 06-42-133-745/353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che può essere consultato sul sito www.ivass.it.

3. All'autorità di vigilanza dello Stato di origine degli Assicuratori:

i reclami che possono essere indirizzati all'IVASS possono essere indirizzati all'Autorità di vigilanza dello Stato di origine degli Assicuratori (Regno Unito) secondo le modalità previste da detta autorità:

The Financial Ombudsman Service, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR, Tel: 0044-0845-080-1800; Email: enquiries@financial-ombudsman.org.uk; Sito internet: www.financial-ombudsman.org.uk

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere (per tali intendendosi le controversie tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro) è anche possibile, in alternativa alla presentazione del reclamo all'Ivass, rivolgersi direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove previsti.

*

Arch Insurance Company (Europe) Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente nota informativa.

Il rappresentante legale (Rappresentante Generale per l'Italia pro tempore)
Lino Leoni

 *Lino Leoni*

Modulo di Polizza

Tipo di Assicurazione		Numero di Polizza
Infortunati		

Contraente:	
Indirizzo:	
CAP e Città:	
Codice Fiscale / Partita IVA:	
Assicurato/i:	

Periodo di Assicurazione:	
dalle ore 24:00 del	
alle ore 24:00 del	
Tacito Rinnovo	

Data del Modulo di Proposta:	
-------------------------------------	--

Condizioni Generali e Particolari:	
---	--

Premio (Euro)					
	Premio Netto	Addizionali	Premio Imponibile	Imposte	Premio Lordo
Rata alla firma					
Totale					
Il premio deve essere pagato all'Intermediario indicato nella Scheda di Copertura o nelle Condizioni allegate, il quale è autorizzato a riceverlo per conto dell'Assicuratore. Il mezzo di pagamento è concordato con detto intermediario, nel rispetto della normativa vigente.					
Modalità di pagamento:					
Rata dovuta al	Premio Netto	Accessori	Premio Imponibile	Imposte	Premio Lordo

Data	Il Rappresentante della Compagnia	Il Contraente

Il presente contratto è emesso a Londra in data
 Il pagamento del premio per l'importo di è stato effettuato in data

L'incaricato

Scheda di Copertura

Riepilogo delle Garanzie Prestate		
Contagio Accidentale del Virus HIV, HBV o HCV		
	Somme Assicurate	Premio Lordo per Persona

CONDIZIONI SPECIALI:

- 1) INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE – **OPERANTE / NON OPERANTE**
- 2) CLAUSOLA PAGAMENTO PREMIO ITALIANO – **OPERANTE / NON OPERANTE**
- 3) ASSICURAZIONI CUMULATIVE A REGOLAZIONE PREMIO – **OPERANTE / NON OPERANTE**

Intermediario:	
Corrispondente:	
Procedura in caso di Sinistro:	La denuncia di Sinistro deve essere effettuata all'Intermediario e/o al Corrispondente

Il Contraente / Assicurato dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del Contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione di cui al Regolamento ISVAP (ora IVASS) nr. 35 del 26/05/2010.

Il Contraente

.....

CONDIZIONI DI CONTRATTO POLIZZA COLLETTIVA
CSMM PER L'ASSICURAZIONE DEL CONTAGIO
ACCIDENTALE DEI VIRUS HIV, HBV e HCV

CONDIZIONI GENERALI:

- ❖ ARTICOLI CHE GOVERNANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

CONDIZIONI PARTICOLARI:

- ❖ ARTICOLI CHE GOVERNANO L'ASSICURAZIONE DA CONTAGIO ACCIDENTALE DEL VIRUS HIV, HBV e HCV

CONDIZIONI SPECIALI:

(Valide se richiamate nella Scheda di Copertura)

- ❖ INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE
- ❖ CLAUSOLA PAGAMENTO PREMIO ITALIANO
- ❖ ASSICURAZIONI CUMULATIVE A REGOLAZIONE PREMIO

DEFINIZIONI: nel testo che segue si intendono:

- per Infortunio: È considerato infortunio il contagio percutaneo o monocutaneo fortuito, improvviso, violento ed esterno che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva un'infezione da Virus HIV e/o Virus HBV e/o Virus HCV;
- per Contraente: Il soggetto che stipula l'Assicurazione
- per Assicurato / Persona Assicurata: il soggetto o i soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
- per Assicurazione: il contratto di Assicurazione;
- per Assicuratori: Arch Insurance Company (Europe) Ltd.;
- per Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;
- per Premio: la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: Evento dal quale deriva che la Persona Assicurata abbia contratto il virus dell'Immunodeficienza Umana Acquisita (HIV) e/o il Virus dell'Epatite "B" (HBV) e/o il Virus dell'Epatite "C" (HCV), in conseguenza di un Infortunio derivante da e nello svolgimento delle mansioni in qualità di dipendente ovvero durante l'usuale Attività Specificata presso l'Assicurato;
- per Indennizzo: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
- per Attività Professionale: Relativamente a una Persona Assicurata l'Attività Specificata in corrispondenza del proprio nome nel Modulo di Adesione depositato presso il Contraente;
- per Beneficiario: La persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale l'Assicuratore deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in forma determinata con quietanza accettata dall'assicurato, gli Assicuratori pagano agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima;
- per Capitale: Relativamente a una Persona Assicurata, il capitale assicurato di cui in corrispondenza del proprio nome nel Modulo o nella Scheda di Polizza;
- per Franchigia: La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- per Questionario: Il Questionario/Proposta firmato e la dichiarazione e/o le eventuali informazioni fornite da o per conto dell'Assicurato e/o la Persona Assicurata in relazione al contratto.
- per Test:
 - Per il Virus HIV: Il test ELISA seguito, in caso di positività, dal test Western Bolt effettuato da personale autorizzato o test equivalenti;
 - Per i Virus HBV e/o HCV: il test del siero e/o del sangue atto a rilevare la presenza di antigeni virali o anticorpi dei virus HBV e/o HCV normalmente praticati secondo le normali procedure mediche praticate in Italia.
- per Validità: Il Periodo della Polizza precisato nel Modulo
- per Virus HIV: Il Virus dell'Immunodeficienza Umana nelle sue due forme HIV-1 e HIV-2.
- Per Virus Epatite B: Il Virus dell'Epatite Umana HBV
- Per Virus Epatite C: Il Virus dell'Epatite Umana HCV
- Per Scheda di Polizza: Il documento annesso a questa Polizza, che ne forma parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza ed il premio.

- Per Modulo di Adesione: il documento costituente prova dell'adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso, che viene depositato presso la Contraente;
- Per Conferma di Inclusione: il documento rilasciato dal Contraente, anche per il tramite dell'Intermediario incaricato dallo stesso, che riporta i dati dell'Assicurato che ha aderito alla polizza, nonché il relativo periodo di copertura.
- Per Intermediario: l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questo Contratto ed al quale gli Assicuratori hanno conferito mandato alla ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa al presente contratto, nonché all'incasso dei premi.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge)

ART. 1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'art. 1901 C.C. l'**Assicurazione** decorre dalle ore 24.00 del giorno concordato ed indicato nel contratto, ferme restando le scadenze stabilite per il pagamento dei premi o delle rate di premio successivi.

Il pagamento dei premi deve essere eseguito presso l'**Intermediario** che gestisce la polizza.

Il pagamento della prima rata di premio avviene con quietanzamento da parte dell'**Intermediario** e, per i premi successivi, su documenti separati emessi dall'**Intermediario** stesso.

Se alle scadenze convenute il **Contraente/Assicurato** non paga i premi successivi, l'**Assicurazione** resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il **Contraente/Assicurato** paga quanto da lui dovuto, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite ed il diritto degli **Assicuratori** al pagamento dei premi scaduti.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata minore ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

ART. 2 - RINNOVO DEL CONTRATTO

Il periodo di questa **Assicurazione** non potrà essere superiore ai 12 mesi a meno che non preventivamente diversamente concordato e cessa alla sua naturale scadenza, senza rinnovo automatico e senza obbligo di disdetta.

ART. 3 – FORMA DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche, proroghe, rinnovi e sostituzioni della presente **Assicurazione** devono essere provati per iscritto.

ART. 4 – DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'**Assicurato/Contraente** deve dare comunicazione scritta agli **Assicuratori** di ogni diminuzione del rischio. Gli **Assicuratori** sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del **Contraente/Assicurato**, ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Tale obbligo vale anche, ai sensi dell'art. 1898 C.C., per l'aggravamento del rischio; in tali casi gli **Assicuratori** avranno il diritto di richiedere un aumento del premio o di recedere dalla presente **Assicurazione** dando avviso di disdetta con preavviso di almeno 30 giorni. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti dagli **Assicuratori** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

Ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C. le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **Contraente/Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**.

ART. 4BIS – BUONA FEDE

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

ART. 5 - RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60mo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo gli **Assicuratori** ed il **Contraente/Assicurato** possono recedere dall'**Assicurazione** o, nel caso che siano assicurate più persone, possono far cessare l'**Assicurazione** relativa alla sola persona infortunata, dando un preavviso di 30 giorni. In tale caso al **Contraente/Assicurato** spetta il rimborso della parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 6 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

A meno che non sia specificamente richiesto nella proposta di polizza il **Contraente/Assicurato** è esonerato dall'obbligo di denunciare preventivamente altre eventuali assicurazioni in corso o che venissero successivamente stipulate per le stesse persone o categorie di persone, ma in caso di sinistro il **Contraente/Assicurato** deve darne avviso agli **Assicuratori** della presente polizza.

ART. 7 – ONERI FISCALI

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

ART. 8 – CLAUSOLA BROKER - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Con la sottoscrizione della presente polizza il **Contraente/Assicurato** conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini della presente polizza, all' **Intermediario** indicato nella scheda di copertura. Tutte le comunicazioni cui le parti sono tenute devono essere fatte con lettera raccomandata, telex, telefax o e-mail. Tutte le comunicazioni effettuate e/o ricevute dall'**Intermediario** hanno piena validità ed efficacia tra le parti e vengono considerate quali effettuate e/o ricevute dal **Contraente/Assicurato** o dall'**Assicuratore**.

ART. 9 – FORO COMPETENTE

A meno che non sia specificamente concordato tra le parti il foro competente, a scelta della parte attrice è esclusivamente quello dell'Autorità Giudiziaria dove ha sede il **Contraente/Assicurato** o l'**Intermediario**.

ART. 9BIS – DOMANDE GIUDIZIALI

Le Domande Giudiziali devono essere inoltrate a:

Arch Insurance Company (Europe) Limited, 6th floor, Plantation Place South, 60 Great Tower Street, Londra EC3R 5AZ, all'attenzione del Complaints Manager, fax n. 0044-207-621-4502.

ART. 10 – CLAUSOLA PROCEDURA PER I RECLAMI SU POLIZZE LINEA PERSONA (ITALIA)

Il nostro obiettivo è quello di offrire un servizio che sia di alta qualità che sia costante durante tutto il corso della polizza. Se Lei dovesse ritenere che il servizio ricevuto non sia di alta qualità La preghiamo di seguire le procedure qui di seguito riportate e noi ci impegnamo a fare il possibile per risolvere il problema.

Domande o dubbi: Se Lei dovesse avere qualsiasi domanda o dubbio in relazione alla Sua **Assicurazione** o sulla gestione di un sinistro La preghiamo di contattare in prima istanza l'**Intermediario** indicato in Polizza intermediario della presente Assicurazione;

Problemi: Se Lei dovesse avere qualsiasi problema in relazione a qualsiasi aspetto della Sua **Assicurazione** La preghiamo di contattare l' **Intermediario** indicato in Polizza;

Reclami: Per eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri veda il fascicolo informativo consegnatole.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

(Norme che regolano l'Assicurazione da Contagio Accidentale del Virus HIV, HBV e/o HCV)

ART. 11 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 12 - LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione non vale per le persone di età maggiore di 75 anni. Tuttavia per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale della polizza corrente.

ART. 13 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., le persone sieropositive per H.I.V o positive al Virus dell'Epatite "B" e/o "C prima della sottoscrizione della Polizza, nonché i cosiddetti "Portatori Sani" del Virus dell'Epatite "B" e/o "C". Le persone affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme manicodepressive o stati paranoidi. L'Assicurazione cessa con la diagnosi di una di tali affezioni, restando precisato che sono comunque escluse le conseguenze di questa prima diagnosi. Quando questa diagnosi comporti la cessazione della polizza durante il periodo di questa copertura gli Assicuratori rimborseranno la proporzione di premio relativa al periodo di copertura non goduto.

ART. 14 – LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

L'Assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolga con carattere di professionalità.

ART. 15 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Con il presente contratto {inserire}, il Contraente, stipula una Polizza Collettiva con gli Assicuratori, avente per oggetto il Contagio Accidentale dei Virus HIV, Epatite "B" e "C", ed è disciplinata dalle condizioni tutte che seguono.

La presente Polizza Collettiva è stipulata per conto di tutti {inserire} che svolgono attività medico-sanitaria presso Ospedali e/o Istituti di Cura riconosciuti all'interno del Territorio Italiano.

Nel caso di adesione il rapporto tra gli Assicuratori e l'Assicurato verrà regolato dal presente contratto, la Polizza.

Resta inteso che in ordine ad ogni eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alle garanzie prestate dalla presente Polizza, risponderà unicamente agli Assicuratori la quale potrà opporre agli Assicurati tutte le eccezioni che potrebbe opporre al Contraente in forza della Polizza.

Qualora una Persona Assicurata dovesse subire un Infortunio nel corso della Validità della presente Polizza, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato il Capitale riportato nel Modulo o nella Scheda di Polizza in corrispondenza della relativa Persona Assicurata previa applicazione dei termini, le definizioni, esclusioni, condizioni della presente Polizza.

Ad ogni {inserire} che vorrà aderire alla presente polizza, il Contraente fornirà o renderà disponibili le Condizioni di Assicurazione, contenenti l'Informativa per la Protezione dei dati personali (Privacy), il Modulo di Adesione ed il Fascicolo Informativo.

Il mancato adempimento di tale obbligo comporterà responsabilità diretta del Contraente per eventuali indennizzi corrisposti dagli Assicuratori.

Ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione, che formerà parte integrante della Polizza, trasmetterlo al Contraente e provvederà al versamento dell'importo dovuto.

Nel **Modulo di Adesione** dovranno essere riportati i seguenti dati:

- I dati identificativi dell'**Assicurato** (Nome, Cognome, Codice Fiscale, Data di Nascita, Occupazione, Domicilio ed Indirizzo di Posta Elettronica);
- La data di sottoscrizione del **Modulo di Adesione**;
- L'accettazione dell'**Assicurato** di alcune disposizioni di **Polizza** (artt. 1341 e 1342 del Codice Civile);
- Il consenso dell'**Assicurato** al trattamento dei dati personali necessari all'esecuzione del rapporto contrattuale;
- La dichiarazione di non essere un soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 13 della **Polizza**, sopra riportato.

Il **Contraente** trasmette detto elenco all'Intermediario incaricato entro 15 (quindici) giorni dalla data di decorrenza e sarà inteso come conferma dell'avvenuto versamento del premio da parte dell'**Assicurato**.

Il **Contraente**, rilascia all'**Assicurato** un'apposita Conferma di inclusione nella **Polizza**, a fronte della ricezione del **Modulo di Adesione** e del pagamento del premio.

ART. 16 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Gli **Assicuratori** rinunciano a favore del **Contraente/Assicurato** o degli aventi diritto ad ogni azione di regresso di cui all'art. 1916 C.C. verso gli autori o terzi responsabili dell'infortunio causato alle persone assicurate con il presente contratto.

ART. 17 – CONDIZIONI DI EFFICACIA DEL CONTRATTO E PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'**Assicurato** dovrà garantire la comunicazione immediata scritta agli **Assicuratori** di ogni circostanza che possa dar luogo a una richiesta di indennizzo;

Ai fini della presente **Polizza**, una **Persona Assicurata** che ha subito un **Infortunio** e' ritenuta infetta a termine della presente **Polizza** se e soltanto se:

1. Per il Virus dell'HIV:

- 1.1. entro un periodo di 24 ore successive al presunto **Infortunio**, la **Persona Assicurata** fa una formale denuncia del presunto **Infortunio** medesimo all'ufficio del personale dell'**Assicurato** e alla persona responsabile all'interno dell'organizzazione dell'**Assicurato**;
e
- 1.2. entro un periodo di 72 ore successive al presunto **Infortunio**:
 - 1.2.1. la **Persona Assicurata** si sottopone a un **Test** per il **Virus dell'HIV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio** non è affetta da Virus HIV;
e
 - 1.2.2. la **Persona Assicurata** da comunicazione scritta all' **Assicuratore** del presunto **Infortunio** subito;
nonché
 - 1.2.3. entro un periodo compreso tra il 20° ed il 28° giorno successivo alla data del presunto **Infortunio** stesso la **Persona Assicurata** si sottopone a un **Test** per il **Virus dell'HIV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard

vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio non è affetta dal Virus dell'HIV;**
nonché

- 1.2.4. entro un periodo di compreso tra il Terzo ed il Quarto mese a partire dalla data del presunto **Infortunio**, in seguito a successivi **Test** la **Persona Assicurata** venga per la prima volta diagnosticata come soggetto positivo al **Virus dell'HIV** da un'autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente.

Qualora una **Persona Assicurata** diviene così infetta, la data della propria infezione sarà considerata, in assenza di dimostrazione contraria, la data dell'**Infortunio** non intenzionale di cui sopra. Gli **Assicuratori** avranno la facoltà di fare effettuare una ripetizione dei **Test** da parte del proprio consulente medico.

2. Per il Virus dell'HBV:

- 2.1. entro un periodo di 24 ore successive al presunto **Infortunio**, la **Persona Assicurata** fa una formale denuncia del presunto **Infortunio** medesimo all'ufficio del personale dell'**Assicurato** e alla persona responsabile all'interno dell'organizzazione dell'**Assicurato**;
e
- 2.2. entro un periodo di 72 ore successive al presunto **Infortunio**:
- 2.2.1. la **Persona Assicurata** si sottopone a un **Test** per il **Virus dell'HBV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio non è affetta dal Virus dell'HBV;**
e
- 2.2.2. la **Persona Assicurata** dia comunicazione scritta all'**Assicuratore** del presunto **Infortunio** subito;
nonché
- 2.2.3. entro un periodo compreso tra il 20° ed il 28° giorno successivo alla data del presunto **Infortunio** stesso la **Persona Assicurata** si sottopone a un **Test** per il **Virus dell'HBV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio non è affetta dal Virus dell'HBV;**
nonché
- 2.2.4. entro un periodo di compreso tra il Sesto ed il Settimo mese a partire dalla data del presunto **Infortunio** in seguito a successivi **Test** la **Persona Assicurata** venga per la prima volta diagnosticata come soggetto positivo al **Virus dell'HBV** da un'autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente.

Qualora una **Persona Assicurata** diviene così infetta, la data della propria infezione sarà considerata, in assenza di dimostrazione contraria, la data dell'**Infortunio** non intenzionale di cui sopra. Gli **Assicuratori** avranno la facoltà di fare effettuare una ripetizione dei **Test** da parte del proprio consulente medico.

3. Per il Virus Per il Virus dell'HCV:

- 3.1. entro un periodo di 24 ore successive al presunto **Infortunio**, la **Persona Assicurata** fa una formale denuncia del presunto **Infortunio** medesimo all'ufficio del personale dell'**Assicurato** e alla persona responsabile all'interno dell'organizzazione dell'**Assicurato**;
e
- 3.2. entro un periodo di 72 ore successive al presunto **Infortunio**:

- 3.2.1. la Persona Assicurata si sottopone a un **Test** per il **Virus dell’HCV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio non è affetta dal Virus dell’HCV;**
e
- 3.2.2. la **Persona Assicurata** dia comunicazione scritta all’ **Assicuratore** del presunto **Infortunio** subito;
nonché
- 3.2.3. entro un periodo compreso tra il 20° ed il 28° giorno successivo alla data del presunto **Infortunio** stesso la **Persona Assicurata** si sottopone a un **Test** per il **Virus dell’HCV** conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente ed effettuato da personale autorizzato che dimostri che la **Persona Assicurata** che ha subito il presunto **Infortunio non è affetta dal Virus dell’HCV;**
nonché
- 3.2.4. entro un periodo di compreso tra il Sesto ed il Settimo mese a partire dalla data del presunto **Infortunio** in seguito a successivi **Test** la **Persona Assicurata** venga per la prima volta diagnosticata come soggetto positivo al **Virus dell’HCV** da un’ autorità competente con diagnosi conforme ai criteri di laboratorio e clinici che rappresentano la prassi clinica standard vigente.

Qualora una **Persona Assicurata** diviene così infetta, la data della propria infezione sarà considerata, in assenza di dimostrazione contraria, la data dell’**Infortunio** non intenzionale di cui sopra. Gli **Assicuratori** avranno la facoltà di fare effettuare una ripetizione dei **Test** da parte del proprio consulente medico.

ART. 18 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso gli **Assicuratori** liquideranno l’indennità dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L’indennità viene corrisposta in Italia ed in valuta europea (Euro).

ART. 19 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Gli **Assicuratori** corrispondono l’indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell’**Infortunio**. Se al momento dell’**infortunio** l’**Assicurato** non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l’**Infortunio** avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 20 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall’**Assicurazione** gli infortuni derivanti da:

- a) contagio trasmesso in seguito ad attività estranee alla professione medico-sanitaria dell’**Assicurato** inerenti la vita privata dell’**Assicurato**;
- b) attività che l’**Assicurato** svolga senza carattere professionale;
- c) suicidio, tentato suicidio o autolesione intenzionale, o azione delittuosa o sediziosa compiuta dalla/e persona/e assicurata/e;
- d) uso di sostanze stupefacenti, allucinogeni o simili non prescritto da ricetta medica di un dottore specialista o se prescritto non usato in conformità con la prescrizione;
- e) guida di veicoli o natanti per i quali l’**Assicurato** non sia in possesso della relativa abilitazione o dell’età prescritta dalla legge;

Inoltre:

- 1) Nessuna richiesta d’indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile nei confronti di una **Persona Assicurata** che assuma o che abbia assunto narcotici per via

endovena o sottocutanea diversamente dal corso normale di cure mediche secondo le prescrizioni di un medico debitamente abilitato;

- 2) Nessuna richiesta d'indennizzo a titolo della presente assicurazione sarà pagabile qualora questa fosse direttamente o indirettamente causata da o avvenisse con il contributo di una condizione medica conosciuta alla **Persona Assicurata** stessa al momento della sua prima elencazione a titolo di **Persona Assicurata**, salvo annotazione nel modulo dell'eventuale dichiarazione effettuata della condizione degli **Assicuratori** per iscritto, e l'accettazione concessa dagli **Assicuratori** stesso della copertura delle eventuali richieste derivanti da detta causa;
- 3) Nessuna richiesta sarà pagabile nei confronti di una **Persona Assicurata** che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente per visita medica da parte del consulente medico degli **Assicuratori** (ivi compreso il prelievo di campioni che il consulente medico possa ritenere necessario) ogni qualvolta questo fosse ritenuto necessario da parte del consulente medico stesso);
- 4) Nessuna richiesta d'indennizzo sarà pagabile nei confronti di una **Persona Assicurata** che manca o si rifiuta di rendersi disponibile tempestivamente agli **Assicuratori** e al loro consulente medico;
- 5) Gli **Assicuratori** non dovranno rispondere dell'eventuale ristoro relativamente a lesioni personali o malattia o perdita o danno o spese derivanti direttamente o indirettamente da, o in relazione a, ovvero risultino aggravati da qualsiasi scarica, esplosione o uso di un'arma di distruzione di massa sia che impieghi la fissione o la fusione nucleare sia altrimenti, ovvero gli agenti chimici, biologici, radioattive o analoghi, da parte di chicchessia in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo.
- 6) Nessun **Assicuratore** è tenuto a dare copertura o ad indennizzare alcun sinistro o a fornire alcuna copertura ai termini di questa **Polizza**, nella misura in cui il fornire tale copertura o garanzia, o l'indennizzo di tale sinistro esporrebbe tale **Assicuratore** a sanzioni, divieti o restrizioni da parte delle regolamentazioni delle Nazioni Unite o a sanzioni economico-commerciali, leggi o regolamentazioni dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti.

ART. 21 – ESCLUSIONE DI GUERRA, TERRORISMO E STRAGI DI MASSA

Ferme le altre condizioni di polizza e modificazioni della stessa, si concorda che il presente contratto di **Assicurazione** esclude danni o esborsi di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti, contribuiti, causati, conseguenti o in relazione con quanto di seguito precisato, indipendentemente da altre cause o eventi che possano aver contribuito, concomitantemente o in altro momento, al danno o costo:

1. guerra, ostilità, operazioni belliche (con conflitti dichiarati o no);
2. invasioni;
3. atti perpetrati da nemici di nazionalità diversa da quella della persona assicurata o del paese nel quale gli atti si verificano;
4. guerra civile;
5. sommosse;
6. ribellioni;
7. insurrezioni;
8. rivoluzioni;
9. rovesciamento di governi legalmente costituiti;
10. tumulti civili che assumano le proporzioni o siano equivalenti ad una rivolta e sommossa;
11. colpi di stato militari o usurpazioni di potere;

12. esplosioni di armi da guerra;
13. l'utilizzazione di armi nucleari, chimiche o biologiche a distruzione di massa, in qualsiasi forma esse siano utilizzate o combinate tra loro;
14. omicidi o assalti per i quali sia stata dimostrata incontrovertibilmente la responsabilità di agenti appartenenti uno stato straniero rispetto alla nazionalità dell'Assicurato, sia nei casi di guerra dichiarata con quello stato sia nei casi in cui non vi siano state dichiarazioni di guerra;
15. attività terroristica.

Ai fini della presente esclusione:

- I) per attività terroristica s'intendono l'atto o gli atti perpetrati da un soggetto o da gruppo/i di soggetti, compiuti per ragioni politiche, religiose, ideologiche o analoghe, con l'intenzione di influenzare i governo e/o di seminare il terrore tra l'opinione pubblica o parti della stessa. L'attività terroristica può comprendere, senza essere a questo limitata, il ricorso alla forza o alla violenza e o la minaccia di ricorrervi. Inoltre potranno essere ritenuti responsabili di attività terroristiche soggetti che agiscono individualmente, ovvero per conto di, o in collaborazione con organizzazione/i o governo/i;
- II) per utilizzazione delle armi nucleari a distruzione di massa si intende l'uso di ogni tipo di esplosivo nucleare o mezzo di emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di materiale fissile con livello di radioattività con capacità di rendere inabile o portare alla morte persone e animali;
- III) per utilizzazione di armi chimiche a distruzione di massa si intende l'emissione, scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni materiale chimico composto solido, liquido o gassoso, che quando usato causa incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali;
- IV) per utilizzazione di armi biologiche a distruzione di massa si intende l'emissione o scarico, dispersione, rilascio o fuga di ogni agente patogeno (produttore di malattie), micro-organismi e/o tossine biologiche (inclusi, modifiche genetiche e tossine chimiche) capaci di causare incapacità, disabilitazione o morte di persone e animali.

Esclusi dalla presente copertura assicurativa s'intendono inoltre i danni o gli esborsi di qualsivoglia natura, direttamente o indirettamente causati o in relazione con eventuali azioni intraprese per controllare, prevenire o sopprimere uno o tutti gli eventi di cui ai sopra elencati punti da (1) a (15).

Nel caso in cui parte della presente esclusione sia da ritenersi nulla o non applicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

Esclusione per contaminazione Nucleare

Questa **Assicurazione** esclude qualsiasi sinistro direttamente o indirettamente conseguente o causato da:

1. radiazioni ionizzanti o contaminazioni radioattive derivanti da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante dalla combustione del propellente di cui sopra;
2. esplosioni radioattive tossiche o altre proprietà pericolose di qualsiasi altro assemblaggio nucleare o componente nucleare del detto assemblaggio, indipendentemente da come la emissione o esplosione si sia verificata;

ART. 22 - CONTROVERSIE SULL'ASSICURABILITÀ DELLE PERSONE E SULLE CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sull'esistenza dell'infortunio nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni di assicurazione, le parti si obbligano a 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 dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio stesso.

Il Collegio Medico risiede, a scelta dell'**Assicurato**, nel Comune - sede di Istituto di Medicina Legale - più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato**, oppure più vicino al luogo in cui l'**Assicurato** ha eletto il proprio domicilio.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del 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 ciascuna 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.

E' data facoltà al Collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro tre anni; in tal caso il Collegio potrà proporre una somma da computarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

CLAUSOLE VESSATORIE

Clausole da approvare esplicitamente per iscritto

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di aver preso conoscenza e di approvare espressamente le seguenti disposizioni contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione:

- Art. 2 Rinnovo del contratto
- Art. 5 Facoltà di recesso a seguito di sinistro;
- Art. 9 Competenza territoriale;
- Art. 9BIS Domande giudiziali
- Art. 10 Clausola procedura per i reclami su polizze linea persona (Italia)
- Art. 12 Limiti di età
- Art. 13 Persone non assicurabili
- Art. 14 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali
- Art. 15 Oggetto dell'assicurazione
- Art. 17 Condizioni di efficacia del contratto e procedura per la valutazione del danno
- Art. 20 Esclusioni
- Art. 21 Esclusione di guerra, terrorismo e stragi di massa
- Art. 22 Controversie sull'assicurabilità delle persone e sulle conseguenze delle lesioni

CONDIZIONI SPECIALI - HIV

(Valide se richiamate nella Scheda di Copertura)

ART. 1 – INDENNIZZI ALLA CONTRAENTE

A parziale deroga dell'Art. 26 delle condizioni generali di polizza, poichè la presente assicurazione è stipulata dal **Contraente** per garantirsi, nei limiti ed alle condizioni convenute, dal danno economico che allo stesso possa derivare da infortuni subiti dalle persone indicate in polizza come **Assicurati**, si conviene che:

a) I rapporti fra gli **Assicuratori** e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del **Contraente**;

b) le indennità liquidate a termini di polizza verranno versate unicamente al **Contraente** che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per gli **Assicuratori**.

Agli effetti del disposto di cui all'Art. 1919 C.C. la **Contraente** dichiara che gli assicurati hanno dato il proprio consenso alla conclusione del presente contratto.

La mancanza di tale consenso, che dovrà essere provata per iscritto, comporterà che l'indennizzo sarà liquidato all'**Assicurato** o ai suoi eredi legittimi e/o testamentari.

ART. 2 – CLAUSOLA PAGAMENTO PREMIO ITALIANO

Si prende e si da atto che secondo quanto regolato dalla Legge Assicurativa Italiana il diritto all'indennizzo dell'**Assicurato** ai sensi della presente polizza inizia solo quando il premio viene pagato all'intermediario assicurativo (broker o agente). I termini contabili si applicano come segue:

Il pagamento del premio agli **Assicuratori** deve avvenire entro un periodo massimo di 60 giorni dalla fine del mese nel quale ha inizio il diritto dell'**Assicurato** al risarcimento della polizza.

ART. 3 – ASSICURAZIONI CUMULATIVE A REGOLAZIONE PREMIO

- Poichè la presente **Assicurazione** è stipulata per conto altrui gli obblighi derivanti dalla **Polizza** devono essere adempiuti dal **Contraente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**Assicurato**, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.
- Il termine “evento accidentale”, indicato in questa clausola, si attribuisce a tutti i sinistri e/o danni individuali che sorgono e che sono causati da un avvenimento improvviso, fortuito ed imprevisto e che avviene in un momento ed un luogo preciso e definito. La durata e la portata di un “evento accidentale” come qui definito é limitata ad un periodo di 24 ore consecutive ed ad un raggio di 16 km per ciascun “evento accidentale”, e nessun sinistro e/o danno che avviene fuori questo periodo e/o al di fuori di questo raggio sarà incluso nel relativo “evento accidentale”. L'assicurato ha la facoltà di scegliere la data e l'ora d'inizio del periodo di tempo consecutivo ed anche di definire il raggio di 16 km che determina “l'evento accidentale”. Se qualsiasi evento ha una durata superiore a 24 ore, l'assicurato può suddividere tale periodo in due o più “eventi accidentali”, a condizione che non vi siano sovrapposizioni di due periodi e a condizione che nessun periodo inizi prima della data e dell'ora del primo danno o del momento in cui l'assicurato sostiene che sia iniziato il primo danno.
- L'**Assicurazione** prestata con la suindicata polizza vale per gli {inserire} che hanno aderito alla Polizza, avendo compilato in ogni sua parte il **Modulo di Adesione** ed hanno corrisposto il relativo premio.
- Il tasso di premio per persona indicato in polizza viene pattuito alla decorrenza del contratto di assicurazione. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuite ed aggiunti gli accessori e le imposte.

GLOSSARIO

- per Infortunio: È considerato infortunio il contagio percutaneo o monocutaneo fortuito, improvviso, violento ed esterno che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva un'infezione da Virus HIV e/o Virus HBV e/o Virus HCV;
- per Contraente: Il soggetto che stipula l'Assicurazione
- per Assicurato / Persona Assicurata: il soggetto o i soggetti il cui interesse è protetto dall'Assicurazione
- per Assicurazione: il contratto di Assicurazione;
- per Assicuratori: Arch Insurance Company (Europe) Ltd.;
- per Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;
- per Premio: la somma dovuta dall'Assicurato/Contraente agli Assicuratori;
- per Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per Sinistro: Evento dal quale deriva che la Persona Assicurata abbia contratto il virus dell'Immunodeficienza Umana Acquisita (HIV) e/o il Virus dell'Epatite B (HBV) e/o il Virus dell'Epatite C (HCV), in conseguenza di un Infortunio derivante da e nello svolgimento delle mansioni in qualità di dipendente ovvero durante l'usuale Attività Specificata presso l'Assicurato;
- per Indennizzo: la somma dovuta dagli Assicuratori in caso di sinistro;
- per Attività Professionale: Relativamente a una Persona Assicurata l'Attività Specificata in corrispondenza del proprio nome nel Modulo di Adesione depositato presso il Contraente;
- per Beneficiario: La persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale l'Assicuratore deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasferibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in forma determinata con quietanza accettata dall'assicurato, gli Assicuratori pagano agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima;
- per Capitale: Relativamente a una Persona Assicurata, il capitale assicurato di cui in corrispondenza del proprio nome nel Modulo o nella Scheda di Polizza;
- per Franchigia: La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato;
- per Questionario: Il Questionario/Proposta firmato e la dichiarazione e/o le eventuali informazioni fornite da o per conto dell'Assicurato e/o la Persona Assicurata in relazione al contratto.
- per Test:
 - Per il Virus HIV: Il test ELISA seguito, in caso di positività, dal test Western Bolt effettuato da personale autorizzato o test equivalenti;
 - Per i Virus HBV e/o HCV: il test del siero e/o del sangue atto a rilevare la presenza di antigeni virali o anticorpi dei virus HBV e/o HCV normalmente praticati secondo le normali procedure mediche praticate in Italia.
- per Validità: Il Periodo della Polizza precisato nel Modulo
- per Virus HIV: Il Virus dell'Immunodeficienza Umana nelle sue due forme HIV-1 e HIV-2.
- Per Virus Epatite B: Il Virus dell'Epatite Umana HBV
- Per Virus Epatite C: Il Virus dell'Epatite Umana HCV

- Per Scheda di Polizza: Il documento annesso a questa Polizza, che ne forma parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza ed il premio.
- Per Modulo di Adesione: il documento costituente prova dell'adesione alla presente Polizza da parte dell'Assicurato e sottoscritto dall'Assicurato stesso, che viene depositato presso la Contraente;
- Per Conferma di Inclusione: il documento rilasciato dal Contraente, anche per il tramite dell'Intermediario incaricato dallo stesso, che riporta i dati dell'Assicurato che ha aderito alla polizza, nonché il relativo periodo di copertura.
- Per Intermediario: l'intermediario di assicurazioni indicato nella Scheda di Copertura al quale il Contraente ha conferito il mandato a rappresentarlo ai fini di questo Contratto ed al quale gli Assicuratori hanno conferito mandato alla ricezione e trasmissione della corrispondenza relativa al presente contratto, nonché all'incasso dei premi.