

NOTA INFORMATIVA

Le informazioni contenute nella presente nota sono finalizzate alla corretta comprensione, da parte del contraente, del contratto di Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa e sono redatte secondo le indicazioni contenute nel D. lgs. n° 175 del 17 marzo 1995.

I. TERMINOLOGIA

- **Cattolica** Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa brevemente denominata anche Cattolica Assicurazioni Soc. Coop.;
- **Assicurato** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- **Assicurazione o contratto** contratto di assicurazione;
- **Contraente** soggetto che stipula l'assicurazione e che paga il premio;
- **Sinistro** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- **Indennizzo** somma che Cattolica è tenuta a corrispondere all'assicurato in caso di sinistro.
- **IVASS (ex ISVAP)** L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. Istituito con la Legge n° 135 del 17 agosto 2012 (di conversione, con modifiche, del D.L. n° 95 del 6 luglio 2012), l'IVASS succede in tutte le funzioni, le competenze e i poteri che precedentemente facevano capo all'ISVAP. Ai sensi dell'art. 13, comma 42 della L. n° 135, "ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS".

II. INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Informazioni generali:

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa, sede legale e sede sociale in Italia, Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona - tel. 0458391111 - fax 0458391112 - sito internet: www.cattolica.it - email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it - pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it.

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 Registro delle Imprese di Verona n° 00320160237; iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n. 1.00012, Capogruppo del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 019.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa:

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 1.909 milioni di euro (capitale sociale: 523 milioni di euro - totale riserve patrimoniali: 1.342 milioni di euro).

L'indice di solvibilità della gestione danni è pari a 5,7 ed è determinato dal rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

III. INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

A. Legge applicabile all'assicurazione

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

B. Pagamento del premio

Il pagamento del premio da parte del contraente deve essere eseguito alle scadenze pattuite e può essere eseguito secondo le seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a Cattolica o all'agente in qualità di agente Cattolica;



- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario Cattolica o l'agente in qualità di agente Cattolica.

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 750,00 (settecentocinquanta/00).

AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente pari o superiore a euro 5.000,00 (cinquemila/00) sarà vietato il ricorso al denaro contante.

C. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al seguente indirizzo:

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia)
Fax: 045/8372354
Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it

Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale n°21 - 00187 Roma - Telefono 06/421331 - Fax 06 42133745 o 06 42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'art.16 del citato decreto.

Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

D. Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

NOTA BENE

Si richiama l'attenzione del contraente sulla necessità di leggere attentamente l'assicurazione prima di procedere alla sua sottoscrizione. Eventuali spiegazioni o chiarimenti possono comunque essere richiesti alle nostre agenzie.

SOMMARIO

DEFINIZIONI

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
2. ALTRE ASSICURAZIONI
3. DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA
4. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE
5. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
6. DIMINUIZIONE DEL RISCHIO
7. PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE
8. DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETÀ
9. ONERI FISCALI
10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

11. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
12. SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI
13. PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE_PAGAMENTO DEL PREMIO
14. OCCASIONI DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO
15. RISCHIO VOLO
16. MASSIMALE CATASTROFALE
17. ESCLUSIONI
18. LIMITE DI ETÀ_PERSONE NON ASSICURABILI
19. ESTENSIONE TERRITORIALE
20. MORTE
21. MORTE PRESUNTA
22. INVALIDITÀ PERMANENTE
23. INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA
24. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE
25. ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE
26. MINORAZIONI PREESISTENTI
27. DENUNCIA DEL SINISTRO
28. CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE
29. RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA
30. VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE
31. ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELLA SIRM
32. ESTENSIONE CONTAGIO H.I.V. E EPATITE "B" E "C"
33. CLAUSOLA BROKER

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

ASSICURATO	Ciascun professionista iscritto al relativo ordine professionale e membro dell'associazione Contraente, esercente l'attività di medico specialista o specializzando dell'area Radiologica (medico radiologo), il quale abbia aderito alla presente polizza, tramite la sottoscrizione del modulo di adesione, che costituisce proposta irrevocabile di contratto, sulla base di quanto previsto dall'art. 1329 C.C., previo pagamento del relativo premio all'atto dell'adesione e dei singoli rinnovi.
ASSICURAZIONE	La garanzia o il complesso delle garanzie previste in polizza
ASSOCIAZIONI oppure ASSOCIAZIONI DI MEDICI RADIOLOGI	A.I.N.R. - Associazione Italiana Di Neuroradiologia
BROKER	RS RISK SOLUTIONS srl _ RUI B000223809 Sede legale 80133_Napoli, Via Guantai Nuovi n. 11
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE	Il singolo documento contenente i dati di ogni assicurato e della relativa copertura assicurativa
CONTRAENTE	Il soggetto che stipula la convenzione assicurativa il quale può identificarsi con l'Assicurato
CONVENZIONE ASSICURATIVA	Il contratto stipulato tra la Società ed il Contraente che sottoscrive nell'interesse dei propri associati
FRANCHIGIA	La parte del danno indennizzabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE	La perdita totale o parziale definitiva della capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.
POLIZZA	Il documento che prova la convenzione assicurativa
PERIODO ASSICURATIVO	Periodo di validità della polizza
PREMIO	La somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
SOCIETÀ	La Società CATTOLICA di Assicurazione società cooperativa con sede legale in 37126 VERONA , Lungadige Cangrande, 16.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

2) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato sono dispensati dall'obbligo esonerati di comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro tuttavia l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori e può chiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

3) DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Ai sensi dell'art. 1899 CC – DURATA DELL'ASSICURAZIONE si conviene espressamente fra le parti che la presente Convenzione Assicurativa è stipulata per ANNI UNO, con decorrenza dalle ore 00,00 del 1.1.2017 - se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento - alle ore 00,00 del 1.1.2018.

I premi devono essere pagati al BROKER al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Se il contraente o l'assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

4) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

5) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritto alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

6) DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio, o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 C.C.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

7) PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta data dalla Società con lettera RACCOMANDATA A.R. con preavviso non inferiore a 90 giorni prima della scadenza o dal Contraente nei termini di legge (preavviso minimo 60 gg), il contratto è rinnovato per un anno, e così successivamente.

8) DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETÀ'

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al sessantesimo giorno dalla definizione dello stesso, la Società potrà recedere:

- a) dal contratto relativo all'Assicurato al quale sia stata presentata la richiesta di risarcimento;
- b) dalla Convenzione Assicurativa.

In entrambi i casi, il recesso sarà efficace dalla scadenza dell'annualità assicurativa in corso, se inviato alla Contraente e/o all'Assicurato entro 90 giorni prima della scadenza stessa.

La comunicazione di recesso dovrà essere inviata al mezzo lettera raccomandata A.R. inviata sia alla Contraente che al Broker, nonché all'Assicurato in caso di recesso da un singolo contratto.

9) ONERI FISCALI

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

10) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

11) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, alle condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti indicati nell'art. 12) che segue, al verificarsi di un infortunio -anche se dovuto a colpa grave oppure a stato di malore o di incoscienza- che l'Assicurato abbia a subire nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata dal Contraente nella scheda di Polizza compreso l'infortunio "in itinere", o nello svolgimento dell'attività familiare, di vita di relazione e del tempo libero, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Sono considerati Infortuni anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione ed avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento od il congelamento;
- g) la folgorazione;
- h) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- i) le ernie addominali traumatiche, con esclusione di ogni altro tipo di ernia come previsto dal successivo art. 30;

E' compreso altresì l'infortunio verificatosi in occasione di tumulti popolari o atti di terrorismo, salvo quanto previsto al successivo art. 18) "Esclusioni", a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

12) SOMME ASSICURATE E PREMI ANNUI

Le garanzie assicurative vengono prestate per le seguenti combinazioni alternative:

COMBINAZIONE	"A"	"B"	"C"
MORTE	€ 150.000,00	€ 300.000,00	€ 500.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00	€ 300.000,00	€ 500.000,00
PREMIO ANNUO FINITO pro capite	€ 180,00	€ 360,00	€ 600,00

Per le inclusioni in garanzia avvenute

- ✓ fino al 30 giugno il premio verrà calcolato su base annua.
- ✓ dopo il 30 giugno il premio verrà calcolato su base mensile.

I massimali suindicati devono intendersi come massima esposizione della Società per ogni singolo assicurato, per uno o più sinistri accaduti nella stessa annualità assicurativa o periodo inferiore

13) PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE_ PAGAMENTO DEL PREMIO

1. Sono assicurati tutti i medici iscritti alla A.I.N.R. che abbiano compilato il modulo di adesione - con indicazione della combinazione di somme assicurate prescelta - e pagato il relativo premio.
2. Per i medici che richiedono la copertura assicurativa per la prima volta (o la riprendono dopo averla precedentemente sospesa) la garanzia decorre dalla prima ora del 01 Gennaio di ciascun anno assicurativo e cessa alle ore 24,00 del 31 dicembre dello stesso anno, purché il premio relativo sia stato versato in data antecedente al 01 Gennaio.

Qualora il pagamento del premio sia effettuato dopo il primo gennaio la garanzia decorre dalle ore 24,00 della data di pagamento, ma cessa comunque alle ore 24.00 del 31 dicembre dello stesso anno.

3. I medici iscritti alla A.I.N.R. che rinnovano la copertura assicurativa già operante:
 - con la presente convenzione fino al 31.12 di ciascun anno sono considerati - automaticamente e senza soluzione di continuità - in copertura anche per l'anno successivo, purché il pagamento del premio sia effettuato entro 60 giorni dalla data di decorrenza della polizza (ore 00 dell'01.Gennaio)

Se il socio assicurato non paga il premio annuale l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento.

4. Per l'identificazione delle persone assicurate il Broker fornirà, entro il mese successivo, l'elenco degli assicurati - ricevuto dalla A.I.N.R. ed integrato con le adesioni eventualmente raccolte direttamente dal broker stesso - che hanno comunicato la loro adesione nel mese precedente precisando, per ogni nominativo, la combinazione di somme assicurate prescelta.

In caso di sinistro denunciato da un Socio assicurato il cui nominativo non figura nell'elenco su menzionato l'Associazione o l'Assicurato è tenuto a fornire la prova che l'adesione all'assicurazione ed il relativo pagamento del premio sono avvenuti in data antecedente all'accadimento del sinistro

5. Al perfezionamento della presente polizza CONVENZIONE la Contraente versa un premio anticipato di euro 100,00 (comprensivo di imposte) che sarà detratto nel conteggio della prima regolazione premio.

La regolazione corrispondente al numero complessivo degli assicurati, come precisato nei punti 1 e 4 che precedono, verrà effettuata con cadenza bimestrale a decorrere dal 28 Febbraio di ogni anno, fermo restando l'obbligo per la A.I.N.R. o del broker che raccoglie direttamente le adesioni con incasso del relativo premio, di provvedere all'invio dell'elenco delle nuove adesioni come previsto al punto 4).

Per le inclusioni in garanzia pervenute durante il corso dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dalle ore 24,00 della data di pagamento del premio - come meglio specificato al punto 2 che precede.

6. La Società autorizza il broker all'invio, ad ogni singolo Assicurato che aderisce alla convenzione, del certificato di assicurazione come da fac_simile allegato. (ALLEGATO N. 1).

14) OCCASIONE DI GUERRA O DI INSURREZIONE ALL'ESTERO

La garanzia è operante anche per gli infortuni all'estero derivanti da atti di guerra (dichiarata o non) o di insurrezione popolare, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio dell'ostilità o dell'insurrezione, nel caso in cui l'Assicurato venga sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio nazionale, della Repubblica di S. Marino, dello Stato del Città del Vaticano, a condizione che non vi abbia preso parte attiva. **La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.**

15) RISCHIO VOLO

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

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

Agli effetti della garanzia il viaggio aereo s'intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di Polizza con durata inferiore ad un anno.

16) MASSIMALE CATASTROFALE

Nel caso di Infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 3.000.000,00 (EUROTREMILIONI_00).

Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

17) ESCLUSIONI

Restano esclusi dalla garanzia gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni ed alle relative prove;
- c) pilotaggio ed uso di aeromobili, deltaplani, ultra leggeri, parapendio, salvo quanto previsto dall'art. 16), nonché guida ed uso di mezzi subacquei;
- d) pratica di pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, free climbing (arrampicata libera), canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, sci estremo;
- e) pratica di atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- f) partecipazione a corse o gare -e relative prove ed allenamenti- ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo e di arti marziali organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi simili o patrocinate dagli stessi; sono comunque comprese le gare aziendali o interaziendali;
- g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- h) guida di mezzi di locomozione in stato di ubriachezza
- i) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- j) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 15), contaminazione nucleare, biologica o chimica a seguito di atti di terrorismo di qualsiasi genere.

Per contaminazione si intende l'avvelenamento di persone con sostanze nucleari e/o chimiche e/o biologiche che provochino infermità o morte.

Per atto di terrorismo si intende un atto che prevede l'uso della forza o violenza o minaccia, che abbia motivi politici, religiosi, ideologici od etnici e che sia perpetrato da una persona od un gruppo di persone che agisca per conto proprio, oppure su incarico o in collegamento con una o più organizzazioni, con uno o più governi e con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o di intimidire l'opinione pubblica o parte di essa;

- k) movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti e inondazioni;
- l) trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizioni a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza di Infortunio.

18) LIMITE DI ETÀ_PERSONE NON ASSICURABILI

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Tuttavia per le persone che raggiungano tale età nel corso dell'annualità assicurativa la garanzia mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Se la Società incassa premi scaduti successivamente è tenuta – su richiesta dell'Assicurato- a restituirglieli.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici.

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

19) ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia ha effetto per il mondo intero.

20) MORTE

La somma assicurata per il caso di morte è dovuta se la morte stessa si verifici -anche successivamente alla scadenza di Polizza- entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Tale somma viene corrisposta ai beneficiari designati o, in difetto di tale designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

La somma assicurata per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di detto Indennizzo, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma loro spettante per la morte dell'Assicurato –se superiore- e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per Invalidità Permanente.

21) MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi in parti uguali, il capitale previsto in caso di morte; il pagamento del predetto capitale avverrà decorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (art. 60 n. 3 e 62 C.C.) mentre, in caso di affondamento o naufragio, oppure di caduta di aeromobile, il pagamento avverrà decorsi sei mesi dal Sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (artt. 211 e 838 C.N.).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o comunque non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

22) INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa, anche se successiva alla scadenza della polizza, si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il diritto a tale indennizzo è di carattere personale e quindi non 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 Società paga agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale secondo le percentuali della tabella di cui alla lettera a) che segue e le disposizioni di cui alle successive lettere b) e c).

a) Tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni su Lavoro del 30-6-65 n. 1124 – INAIL

PERDITA TOTALE	DESTRO	SINISTRO
✓ di un arto superiore	85%	75%
✓ di un avambraccio	75%	65%
✓ di una mano	70%	60%
✓ di un arto inferiore, sopra il ginocchio	65%	
✓ di un arto inferiore all'altezza o sotto il ginocchio	50%	
✓ di un piede	50%	
✓ del pollice	28%	23%
✓ dell'indice	15%	13%
✓ del mignolo	12%	
✓ del medio	12%	
✓ dell'anulare	8%	
✓ dell'alluce	7%	
✓ di ogni altro dito del piede	3%	
✓ della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
✓ della facoltà visiva di un occhio	35%	
✓ della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
✓ della capacità uditiva di un orecchio	15%	

b) Condizioni di valutazione

In caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti la valutazione viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi non specificati la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata, con riferimento alle percentuali previste dalla suindicata tabella conforme all'allegato 1 alla Legge degli Infortuni sul Lavoro, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge predetta, ma con applicazione, per la determinazione dell'Indennizzo, dei criteri di liquidazione e della Franchigia indicati all'art. 24) che segue.

23) INVALIDITA' PERMANENTE SPECIFICA

A parziale deroga dell'art. 21) che precede le percentuali di invalidità permanente, fermo il limite della somma assicurata, vengono così modificate:

Perdita totale

• del dito pollice	Percentuali di I.P. elevate al	60%
• del dito indice	Percentuali di I.P. elevate al	60%
• del dito medio	Percentuale di I.P. elevata dal 12% al	30%
• del dito anulare	Percentuale di I.P. elevata dall' 8 al	20%
• del dito mignolo	Percentuale di I.P. elevata dal 12 al	20%
• di una mano	Percentuali di I.P. elevate al	100%
• di un piede	Percentuale di I.P. elevata dal 50% al	60%
• di un occhio	Percentuale di I.P. elevata dal 35% al	50%

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini la minorazione o la perdita parziale e quindi non totale, anatomica o funzionale degli organi o degli arti suindicati, restano confermate le percentuali e le disposizioni previste all'art. 21).

24) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Sull'intera somma assicurata se l'invalidità permanente definitiva:

- è di grado non superiore al 5% (**CINQUEPROCENTO**) della totale non si fa luogo ad indennizzo;
- supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva accertata di grado non inferiore al 30% (**TRENTAPROCENTO**) della totale, non si applica la suddetta franchigia.-

25) ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE

Fermo quanto previsto dall'articolo successivo, la garanzia comprende, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, le ernie addominali traumatiche, con l'intesa che, qualora:

- l'ernia risulti operabile non verrà corrisposto alcun indennizzo
- l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto un Indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
- insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista dal successivo art. 27).

26) MINORAZIONI PREESISTENTI

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti.

27) DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto al Broker e/o alla Società, entro quindici giorni dall'infortunio.

Gli aventi diritto, in caso di morte dell'Assicurato, debbono darne avviso scritto entro tre giorni da quando ne siano venuti a conoscenza.

28) CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, sono demandate per iscritto 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 ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

29) RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'Infortunio.

30) VALIDITÀ DELL'ASSICURAZIONE INDIPENDENTEMENTE DA OGNI OBBLIGO DI LEGGE

L'Assicurazione è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge e rimane in vigore anche nei casi in cui tale obbligo risulti o sia stabilito successivamente.

31) ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE AI COMPONENTI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DI A.I.N.R.

L'Assicurazione è estesa agli infortuni che dovessero subire i membri del consiglio direttivo A.I.N.R. esclusivamente durante l'espletamento del loro mandato durante missioni, viaggi, partecipazione a congressi, riunioni ecc..

E' compreso l'uso degli ordinari mezzi di trasporto pubblico nonché l'uso e/o la guida di autoveicoli e motoveicoli ad uso privato purchè in stretta connessione allo svolgimento dell'attività indicata in precedenza. Sono inoltre compresi gli infortuni che i suddetti soggetti dovessero subire durante il tragitto di andata e ritorno per recarsi al luogo di svolgimento delle attività inerenti il loro mandato.

Ciascun componente del CONSIGLIO DIRETTIVO è assicurato per le seguenti somme:

MORTE	€ 500.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 700.000,00

elevate, limitatamente ai componenti della giunta eletta dal consiglio direttivo a :

MORTE	€ 700.000,00
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 900.000,00

Le somme suindicate devono intendersi come massima esposizione della Società per ogni singolo assicurato, per uno o più sinistri accaduti nello stesso anno assicurativo o periodo inferiore.

32) ESTENSIONE CONTAGIO H.I.V. e EPATITE "B" e "C" – ESTENSIONE A PAGAMENTO

Di comune accordo tra le parti si precisa che ciascun medico assicurato che abbia aderito alla polizza Convenzione A.I.N.R. potrà ottenere - per l'annualità per la quale abbia corrisposto il premio di adesione - l'estensione di garanzia al contagio HIV ed EPATITE "B" e "C" sottoindicata previo pagamento della relativa integrazione di premio (vedi art. IX della presente estensione di garanzia), fermo restando che tale estensione avrà effetto dalle ore 00,00 del giorno successivo a quello del pagamento (inteso quello della valuta a favore del beneficiario) dell'integrazione di premio e scadenza ore 00,00 del 01.01 dell'anno successivo senza alcuna proroga tacita.

Ad integrazione di quanto indicato dal comma 4 dall'art. 13 PERSONE ASSICURATE E LORO IDENTIFICAZIONE_PAGAMENTO DEL PREMIO" il broker, negli stessi termini ivi indicati, fornirà altresì l'elenco degli assicurati che hanno attivato l'estensione di garanzia e corrisposto direttamente al Broker l'integrazione di Premio, indicando per ogni nominativo l'opzione prescelta.

I premi verranno versati dal Broker all'Agenzia Eurocover in sede di regolazione come previsto dal comma 5 del predetto articolo.

La compagnia autorizza il broker ad emettere, a fronte di ciascuna adesione, il relativo certificato per l'estensione di garanzia.

ESTENSIONE CONTAGIO H.I.V. e EPATITE "B" e "C"

D'accordo tra le parti e a deroga di quanto stabilito nelle condizioni generali di assicurazione, si conviene quanto segue:

A. CONDIZIONI PARTICOLARI INFEZIONE DA VIRUS H.I.V. IN CONSEGUENZA di CONTAGIO ACCIDENTALE

Nel testo che segue, si intendono per:

Sinistro : l'evento dannoso accidentale verificatosi per il quale è prestata l'assicurazione;
Contagio : l'evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, una infezione da virus H.I.V. clinicamente accertabile.

I. Oggetto dell'assicurazione

La copertura vale esclusivamente per le persone indicate in polizza e per le conseguenze derivanti da contagio da virus H.I.V., come precedentemente definito, purché avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.

Qualora l'Assicurato risulti sieropositivo a seguito di detto contagio la Società corrisponde, a titolo di indennizzo, la somma assicurata indicata al successivo art. Il secondo gli accertamenti previsti dall'art. IV.

II. Persone non Assicurabili

Non sono assicurabili, e quindi escluse dall'assicurazione, le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

III. Somma Assicurata

In caso di sieropositività accertata secondo le modalità in seguito precisate, la Società corrisponde all'Assicurato, a titolo di indennizzo, la somma indicata nella presente appendice per tale garanzia.

IV. Denuncia di sinistro ed obblighi relativi

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a causa di un evento accidentale avvenuto durante lo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma, telex o fax.

E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso, certificata dal Contraente o diversamente dall'Ente presso il quale si è verificato il sinistro.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

Le spese relative agli accertamenti clinici di cui sopra saranno interamente rimborsati dalla Società solo in caso di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza diversamente dette spese rimarranno a carico dell'Assicurato-

V. Criteri di indennizzabilità

Il rispetto degli obblighi precedentemente indicati è determinante ai fini della validità delle garanzie pena decadenza della stessa in caso di inadempimento con conseguente perdita del diritto all'indennizzo.

Fermo restando quanto premesso la Società, in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto al precedente art. III.

B. CONDIZIONI PARTICOLARI RISCHIO EPATITE B E C

A deroga delle condizioni generali di polizza si conviene quanto segue:

VI. Oggetto dell'assicurazione

La garanzia si intende estesa al rischio di contagio da virus dell'EPATITE B e C, nel limite della somma indicata nella presente appendice per tale garanzia. Il contagio da Epatite b e c deve essere avvenuto durante l'espletamento dell'attività professionale svolta.

VII. Denuncia di sinistro ed obblighi relativi. Criteri di indennizzabilità

Sono confermati i termini previsti dall'art. 4 delle "condizioni particolari infezione da virus h.i.v. in conseguenza di contagio accidentale", alle cui modalità ci si riferisce anche per il seguente articolo (denuncia alla Società del sinistro entro 3 giorni, accertamenti diagnostici entro 6 giorni per il primo test e 180 per il secondo test). Qualora il primo test per l'epatite risultasse positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; viceversa se fornirà un risultato negativo, l'Assicurato entro i 180 giorni successivi, dovrà sottoporsi al secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è positivo al virus dell'Epatite si procederà come segue:

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

a) 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 ed 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 dalla 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 sottoporsi, 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.

b) Tabella di liquidazione dell'Indennizzo

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

- 1) nessun indennizzo è dovuto se l'invalidità è inferiore al 25% della totale;
- 2) i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore 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 ed oltre	100
64	67		

- 3) Il diritto indennizzo per l'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.

C. SOMME ASSICURATE e PREMI

VIII. Somma Assicurata per contagio H.I.V. e EPATITE B C

La garanzia per entrambe le sezioni viene prestata per ciascun assicurato come segue:

- opzione A) € 150.000,00
- opzione B) € 100.000,00
- opzione C) € 50.000,00

nota bene: deve essere scelta un'unica opzione valida per ciascun assicurato

IX. Premi

Il premio annuo pro/capite, comprensivo di imposte, viene fissato in:

- opzione A) = € 180,00
- opzione B) = € 120,00
- opzione C) = € 60,00

SOC. CATTOLICA DI ASS.NE SOC. COOP. EUROCOVER SRL Agenzia Generale in Napoli L'Amm.re Dott. Walter Cuccurullo	IL CONTRAENTE
---	---------------

33) CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio assicurativo **RS RISKS SOLUTIONS srl** _ RUI B000223809 con sede in 80133 _ Napoli alla Via Guantai Nuovi, 11 e di conseguenza tutti i rapporti ad esso inerenti saranno svolti per conto del Contraente dal Broker su menzionato.

Per quanto concerne l'incasso premi di polizza il pagamento sarà effettuato dal Contraente o dall'Assicurato direttamente al Broker il quale provvederà al successivo versamento alla Società.

Agli effetti dei termini stabiliti dalle Condizioni Generali di Assicurazione, ogni comunicazione fatta - in nome e per conto del Contraente- dal Broker alla Società s'intenderà come fatta dallo stesso Contraente.

SOC. CATTOLICA DI ASS.NE SOC. COOP. EUROCOVER SRL Agenzia Generale in Napoli L'Amm.re Dott. Walter Cuccurullo	IL CONTRAENTE
---	---------------

Agli effetti dell'art. 1341 CC il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale:

- Art. 1) (DICHIARAZIONE RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO)
- Art. 3) (DURATA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA)
- Art. 7) (PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE)
- Art. 8) (DISDETTA IN CASO DI SINISTRO RISERVATA ALLA SOCIETA')
- Art. 9) (ONERI FISCALI)

IL CONTRAENTE

ALLEGATO N°1 – BOZZA DI CERTIFICATO EMESSO DAL BROKER

CATTOLICA <small>SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE</small>	RISK SOLUTIONS <small>INSURANCE BROKER</small> MAG • JLT	A.I.N.R. <small>Associazione Italiana di Neuroradiologia Diagnostica e Interventistica</small>						
CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE N. 	Relativo alla polizza n. 410.31.6072							
<p>La Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa, in base alle norme contenute nella polizza n. 410.31.6072 che l'Assicurato dichiara, avendo sottoscritto la relativa scheda di adesione, di aver letto, approvato ed accettato, assicura per gli infortuni il sottoindicato professionista, in base alle garanzie sotto riportate come da indicazioni contenute nella stessa scheda di adesione, che costituisce proposta irrevocabile di contratto, come da previsione dell'art. 1329 del Codice Civile.</p> <p>CONTRAENTE della polizza è: A.I.N.R. - Ass. Italiana di Neuroradiologia - via G. Ripamonti, 129 - 20141 - MILANO - C.F. 92008160373 presso la quale sono depositate le condizioni di polizza (www.ainr.it)</p>								
ASSICURATO:	CODICE FISCALE							
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>							
INDIRIZZO	C.A.P.	LOCALITA' PROV.						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">INIZIO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">TERMINE</td> </tr> <tr> <td>EFFETTO COPERTURA</td> <td>ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td>ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>				INIZIO	TERMINE	EFFETTO COPERTURA	ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/>	ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/>
	INIZIO	TERMINE						
EFFETTO COPERTURA	ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/>	ORE 00,00 DEL <input style="width: 100%;" type="text"/>						
INFORTUNI								
GARANZIE PRESTATE	SOMME ASSICURATE in EURO <small>(massima esposizione della CATTOLICA Assicurazioni per uno o più sinistri accaduti nella stessa annualità assicurativa o periodo inferiore)</small>							
MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
INVALIDITA' PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Premio netto in Euro	Imposte in Euro	Premio versato in Euro						
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
<p>Il pagamento del premio è stato effettuato il</p> <p>Emesso in n. 2 esemplari ad un solo effetto in Napoli il,</p>								
								
<p><small>Esente da bollo ai sensi dell'art. 16 legge 28/10/1987 n. 1218</small></p>								