

Condizioni di Assicurazione

INDICE

Capitolo 1 – Glossario

Capitolo 2 – Oggetto dell'Assicurazione

- ▶ Articolo 1 - Oggetto della copertura assicurativa

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

- ▶ Articolo 2 - Prestazioni assicurate
- ▶ Articolo 3 – Esclusioni

Capitolo 4 – Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

- ▶ Articolo 4 - Persone non assicurabili – Limiti di età
- ▶ Articolo 5 – Limiti territoriali
- ▶ Articolo 6 – Rischio guerra
- ▶ Articolo 7 – Rischio volo
- ▶ Articolo 8 – Criteri di indennizzabilità
- ▶ Articolo 9 – Cumulo di indennità
- ▶ Articolo 10 – Limiti di indennizzo

Capitolo 5 – Premio di assicurazione

- ▶ Articolo 11 – Modalità di pagamento del premio

Capitolo 6 – Effetto e durata della copertura

- ▶ Articolo 12 – Durata della polizza – Sospensione – Recesso
- ▶ Articolo 13 – Facoltà di recesso in caso di sinistro

Capitolo 7 – Denuncia di sinistro

- ▶ Articolo 14 – Obblighi dell'Assicurato – Denuncia di sinistro
- ▶ Articolo 15 – Prova

Capitolo 8 – Norme comuni

- ▶ Articolo 16 – Rinuncia alla rivalsa
- ▶ Articolo 17 – Controversie ed Arbitrato
- ▶ Articolo 18 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Nullità
- ▶ Articolo 19 – Variazione del rischio: aggravamento e diminuzione del rischio
- ▶ Articolo 20 – Coesistenza di altre assicurazioni
- ▶ Articolo 21 – Comunicazioni – Modifiche dell'assicurazione
- ▶ Articolo 22 – Oneri fiscali
- ▶ Articolo 23 – Foro competente
- ▶ Articolo 24 – Rinvio alle norme di legge
- ▶ Articolo 25 – Diritto di recesso per contratti a distanza

CAPITOLO 1 - Definizioni

Glossario

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Arbitrato	È una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le Parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.
Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto con il quale la Società s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo in conseguenza di un infortunio.
Beneficiario	La persona fisica designata dall'assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di Morte dell'Assicurato stesso o i soggetti ai quali spettano le prestazioni assicurate.
Condizioni di Assicurazione	Le clausole di cui è composto il contratto di assicurazione.
Contagio	Evento dovuto a causa esterna improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabili in base alle condizioni di polizza in base alle condizioni di polizza.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione e si obbliga al pagamento del premio.
Disdetta	La comunicazione che l'Assicurato o la Società deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.
Epatite	L'infiammazione del fegato dovuta un contagio a seguito di infezione cronica per Epatite B o Epatite C.
Epatite B	Malattia infettiva e cronica, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia Hepadna Viridae, con evidenza riferita a marcatori sierologici.
Epatite C	Malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).
Evento	L'evento che ha generato direttamente od indirettamente uno o più sinistri.
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese Human Immunodeficiency Virus) è il virus responsabile della sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS).
Indennizzo o Indennità	La somma dovuta dalla Società al verificarsi di un Sinistro.
Infortunio	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	L'intermediario di assicurazioni, iscritto al RUI es indicato in polizza; qualora si tratti di un broker (iscritto alla sezione B del RUI), il Contraente deve avergli affidato la gestione della presente Assicurazione.

Invalidità Permanente	È la perdita definitiva e irrimediabile, di capacità funzionale totale o parziale dell'Assicurato. È la perdita anatomica o funzionale dell'uso di un organo o di un arto del corpo. È valutabile sulla base di una tabella di riduzione parziale della capacità fisica. È quindi considerata invalidità permanente totale la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione esercitata dall'assicurato.
Massimale	L'importo che rappresenta il massimo esborso della Società in relazione alle garanzie prestate.
Periodo di Assicurazione	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza, fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile. Successivamente il Periodo di Assicurazione corrisponde a ciascuna annualità di Rinnovo di questa Polizza.
Polizza	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
Condizioni Preesistenti	Qualsiasi malattia o sintomo, segno o infortunio occorso prima della sottoscrizione di questa polizza assicurativa incluse le anomalie congenite.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Recesso	Dichiarazione unilaterale avente l'effetto di sciogliere il contratto.
Rinnovo	È la proroga del contratto per un nuovo Periodo di Assicurazione.
Rischio	È la probabilità del verificarsi di un evento.
Scheda di Polizza	È il documento, annesso a questa Polizza per farne parte integrante, nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di effetto e di scadenza della Polizza, l'eventuale Franchigia, il Massimale ed il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.
Rivalsa	È il diritto che spetta alla Società che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha recato il danno.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione infortuni.
Società	L'Impresa di assicurazione AmTrust International Underwriters DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Clerici, 14 – 20121 Milano.

CAPITOLO 2 – Oggetto dell'Assicurazione

Articolo 1 – Oggetto della copertura assicurativa

La garanzia assicurativa viene prestata secondo le modalità descritte dal successivo art. 2.

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza e/o extra-professionali.

L'Assicurazione si intende operante, nei limiti previsti dalle stesse condizioni di assicurazione, per il contagio da HIV, Epatite B o C (3 virus) in caso di trasfusione sanguinea o nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza ed a seguito di aggressione fisica.

CAPITOLO 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Articolo 2 – Prestazioni assicurate

Contagio da HIV, Epatite B o C (3 Virus)

Limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito in polizza per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

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

Esiti test di cui al punto 1:

- Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento;
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

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

Nota: In caso di Epatite B i test che devono essere fatti dall'Assicurato dovranno essere sempre e solo 3 e quindi dopo 5 giorni, dopo 2 mesi e dopo 6 mesi. Solamente in caso di esito positivo, l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio.

Esiti test di cui al punto 3:

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

Articolo 3 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti da:

- **HIV, HBV e/o HCV avvenuto prima della nascita della polizza o che non soddisfano i criteri di cui all'Art. 2.**
- **Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, etc.);**
- **Qualsiasi tipo di epatite, che non è causata da infezione cronica da HBV di e / o HCV, come ad esempio: Epatiti Alcoliche, epatite tossica, epatite autoimmune etc..**

CAPITOLO 4 – Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

Articolo 4 - Persone non assicurabili – limiti di età

La garanzia assicurativa si intende prestata fino al compimento del 70° (settantesimo) anno di età. Alla prima scadenza annua successiva a tale evento, la copertura cesserà di ogni effetto, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente. La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza, salvo quanto previsto all'art. 3; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che l'Assicurato è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui lo stesso fosse affetto al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Articolo 5 – Limiti territoriali

L'Assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo, ad eccezione dei seguenti Paesi: Cuba, Afghanistan, Iran, Iraq, Siria, Corea del Nord, Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camerun, Capo Verde, Centraf. Rep., Ciad, Comore, Congo, Congo Rep. Dem., Costa d'Avorio, Egitto, Eritrea, Etiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Gibuti, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Equatoriale, Kenia, Lesotho, Liberia, Libia, Madagascar, Malawi, Mali, Marocco, Mauritania, Mozambico, Namibia, Niger, Nigeria, Ruanda, Sao Tomé, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Tanzania, Thailandia, Togo, Tunisia, Uganda, Vietnam, Zambia e Zimbabwe. Gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

Articolo 6 – Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.

Articolo 7 – Rischio volo

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

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

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

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

Articolo 8 – Criteri di indennizzabilità

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

Articolo 9 – Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia

stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Articolo 10 – Limiti di indennizzo

Resta espressamente convenuto che, fermo quanto previsto nell'Art. 20, nel caso in cui il Contraente e/o l'Assicurato abbia stipulato altre Assicurazioni per il medesimo rischio (escluse quelle in forma collettiva) con la Società o con Società appartenenti al Gruppo, per lo stesso sinistro l'indennizzo che le Società del Gruppo liquideranno non potrà in ogni caso eccedere € 500.000,00 complessivamente. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

CAPITOLO 5 – Premio di assicurazione

Articolo 11 - Modalità di pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del Contratto, i Premi lordi stabiliti dalla Polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero della Rappresentanza periferica, tramite l'Intermediario cui la Polizza è assegnata; tali documenti devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella Polizza, se in quel momento il Premio è pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze successive. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di trenta giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del Premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del Contratto, fermo il diritto ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è sempre determinato sulla base del Periodo di Assicurazione ed è interamente dovuto.

Il pagamento del Premio può essere eseguito con uno dei seguenti mezzi resi disponibili dall'Intermediario:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- sistemi di pagamento elettronico.

Il premio annuo dovuto relativo alla copertura assicurativa è quello risultante dalla tabella riportata di seguito:

<i>3 Virus Epatite B o C & HIV Massimale</i>	<i>Premio Lordo</i>
€100.000	€ 35,00

CAPITOLO 6 – Effetto e durata della copertura

Articolo 12 - Durata della Polizza - Sospensione - Recesso

La Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con effetto dalla data indicata nella Scheda di Polizza con tacito rinnovo alla scadenza. Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del trentesimo giorno dopo quello della scadenza.

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. La Società e il Contraente hanno la facoltà di recedere dall'Assicurazione ad ogni scadenza annuale tramite lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza contrattuale annua.

Articolo 13 - Facoltà di Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dalla definizione degli accordi tra le Parti, tanto il Contraente che la Società possono recedere da questa Polizza con preavviso scritto di 30 (trenta) giorni.

Nel caso in cui sia la Società a far cessare la garanzia quest'ultima rimborserà la parte di premio, al netto delle imposte governative, relativa al periodo di rischio non corso.

CAPITOLO 7 – Denuncia di sinistro

Articolo 14 – Obblighi dell'Assicurato – Denuncia del sinistro

In caso di contagio, l'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro 15 (quindici) giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dal successivo Articolo 15. In caso di contagio per infezione da HIV o epatite cronica B o C a seguito di trasfusione di sangue, l'Assicurato deve presentare uno specifico referto medico che ne specifichi l'indicazione della trasfusione di sangue ed i relativi parametri sanguigni come specificato nell'Articolo 2). In caso di contagio a seguito di aggressione fisica, deve essere presentata la copia della denuncia presso gli organi competenti. Per la denuncia di sinistro scrivere a AmTrust International Underwriters DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Clerici, 14 - 20121 Milano – Divisione Sinistri Milano, email: sinistri.infortuni@amtrustgroup.com; che potrà svolgere l'attività tramite le proprie sedi territoriali.

Articolo 15 – Prova

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

CAPITOLO 8 – Norme comuni

Articolo 16 – Rinuncia alla rivalsa

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

Articolo 17 – Controversie ed Arbitrato

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

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

Articolo 18 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Nullità

Le dichiarazioni e le informazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato per iscritto nella Scheda di Polizza sono poste a base dell'Assicurazione e fanno parte integrante a tutti gli effetti della presente Assicurazione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione nonché la cessazione dell'Assicurazione (articoli 1892, 1893 e 1894 cod. civ.).

Articolo 19 - Variazione del rischio: aggravamento e diminuzione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione del rischio.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 Cod. Civ.

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 Cod. Civ. Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 giorni.

Articolo 20 - Coesistenza di altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società, fermo restando che in caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Articolo 21 - Comunicazioni - Modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente la Polizza deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle Parti.

Articolo 22 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente e sono pari a 2,5% del Premio imponibile.

Articolo 23 - Foro competente

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

Articolo 24 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

Articolo 25 – Diritto di recesso per contratti a distanza

Il Contraente, a norma dell'articolo 67 duodecies del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 (e successive modifiche ed integrazioni), qualora il contratto di assicurazione sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.

Per esercitare tale diritto, il Contraente deve essere inquadrabile come "consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 ter ed articolo 3 comma 1 lettera a) del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni) e deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 giorni, una dichiarazione esplicita a mezzo lettera raccomandata A.R. (o PEC) alla Società, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di sinistri.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Pertanto resta dovuto alla Società la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Il diritto di recesso non si applica:

- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;
- ai contratti interamente eseguiti da entrambe le Parti su esplicita richiesta scritta del consumatore prima che quest'ultimo eserciti il suo diritto di recesso;
- qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte della Società della richiesta di recesso del Contraente.

Nel caso in cui il diritto di recesso venga esercitato nei casi di cui al comma precedente (o negli altri casi esclusi da tale diritto dal Codice del Consumo), la Società avrà diritto di opporsi e di rivalersi nei confronti del Contraente.