

CONDIZIONI GENERALI DELL'ASSICURAZIONE "INFORTUNIO"

I. CONCETTI ELEMENTARI

1. La compagnia assicurativa Nadejda AD, in appresso denominata Assicuratore, stipula, con riferimento a queste Condizioni Generali, la polizza "Infortunio" con cittadini bulgari ed esteri soggetti fisici e giuridici, in appresso denominati Contraenti.
2. Il Contraente stipula un'Assicurazione/i sulla propria vita e salute ossia sulla vita, salute o integrità della persona di terzi.

II. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. L'Assicuratore, a fronte premio assicurativo pagato, assicura per eventi legati con la vita, salute e integrità della persona del Contraente e si impegna, in caso di avvenuto evento assicurato nell'ambito del rischio coperto, a liquidare all'Assicurato o ad un beneficiario da questi designato la somma assicurata e/o risarcimento concordato in polizza.
2. L'Assicurazione è valida entro i confini della R. Bulgara e fornisce la copertura 24 ore su 24.
3. Con riferimento alle presenti Condizioni Generali sono stipulate polizze assicurative individuali o collettive.
- 3.1. **Polizze individuali** con soggetti fisici da 16 a 65 anni salvo pattuizione diversa. L'età dell'Assicurato è fissata in anni interi alla decorrenza dell'Assicurazione - meno di sei mesi non sono presi in considerazione mentre sei o più mesi compiuti sono assunti per un anno intero.
- 3.2. **Polizze collettive** per tutti i soggetti annoverati in un gruppo i premi assicurativi restando a carico degli Assicurati o a carico del rappresentante dell'Assicurato (datore di lavoro, ecc.). Nelle polizze collettive il contratto di Assicurazione è stipulato con un elenco nominativo o secondo il numero medio delle persone assicurate.
- 3.3. Sono assicurati soggetti sani atti a lavorare.
- 3.3.1. Soggetti all'invalidità permanente, cronicamente malati e soggetti oltre i 65 anni sono assicurati alle condizioni di rischio gravato applicandosi un rialzo del premio assicurativo in base alle tariffe dell'Assicuratore.

III. RISCHI COPERTI

1. Con riferimento a queste Condizioni Generali rischi coperti sono:
 - 1.1. **RISCHI DI RIFERIMENTO:**
 - 1.1.1. Morte dell'Assicurato per l'effetto di un infortunio;
 - 1.1.2. Capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa dell'Assicurato per l'effetto di un infortunio.
 - 1.2. **RISCHI SECONDARI:**
 - 1.2.1. Invalidità temporanea dell'Assicurato per l'effetto di un infortunio;
 - 1.2.2. Spese mediche in seguito ad un infortunio;
 - 1.2.3. Spese mediche in seguito ad una malattia acuta di oltre 21 giorni;
 - 1.2.4. Spese di trasporto sanitario e rimpatrio imposto da un infortunio, malattia acuta o morte.
 - 1.3. **ALTRI RISCHI ACCESSORI** connessi ai rischi sopra elencati
 - 1.3.1. Diarie per degenza in ospedale in seguito ad un infortunio;
 - 1.3.2. Spese di salvataggio.
2. È possibile stipulare l'Assicurazione "Infortunio" per ogni rischio a parte, per una combinazione di più rischi o per tutti i rischi restando irrevocabilmente coperti i rischi morte e perdita di capacità lavorativa in seguito ad infortunio. I rischi che copre il concreto contratto sono esplicitati nelle Condizioni Speciali.

IV. RISCHI ECCETTUATI

1. L'Assicurazione non copre la morte di soggetti sotto i 14 anni o di soggetti inabili.
2. L'Assicurazione non copre spese provenienti da eventi assicurativi e le loro conseguenze quando costituiscano effetto diretto o indiretto di:
 - 2.1. Suicidio o tentativi di suicidio;
 - 2.2. Commettere o tentativo di commettere un reato di natura comune da parte dell'Assicurato, esecuzione sentenza di morte o infortunio avvenuto mentre l'Assicurato è detenuto dagli organi del potere o si trova in prigione;
- 2.3. Atti premeditati dell'Assicurato che hanno portato alla perdita di capacità lavorativa od a morte;
- 2.4. Atti premeditati da parte dell'interessato. Ove presenti più beneficiari, tale eccezione vale ai soli atti dell'autore;
- 2.5. Colpevole condotta intenzionale dell'Assicurato in sede di guida autoveicolo come anche in caso di documenti d'abilitazione mancanti o guida autoveicolo dall'Assicurato con documenti irregolari;

- 2.6. Autocura, rinuncia alla terapia, mancato rispetto delle prescrizioni mediche;
- 2.7. Rissa, intenzionale autolesione o esposizione al pericolo fatti salvi i casi di autodifesa, salvataggio di vita umana o patrimonio;
- 2.8. Uso di alcol, stupefacenti o altre sostanze sedative o stimolanti;
- 2.9. Manipolazione di armi;
- 2.10. Terapia e/o intervento chirurgico che non sono praticati da un medico abilitato o un'azienda sanitaria licenziataria;
- 2.11. Visita medica e accertamenti in cui non è diagnosticata una malattia e/o non è rilevato il verificarsi di un infortunio con l'Assicurato;
- 2.12. Spese per il trattamento di malattie mentali o disturbi mentali;
- 2.13. Spese di chirurgia effettiva o estetica che è diretta a correggere l'apparenza salvo che sia imposta da deturpazione, oppure malattia acuta che è coperta in base a queste Condizioni Generali e le Condizioni Speciali relative;
- 2.14. Qualsiasi spesa per servizi sperimentali o di ricerca;
- 2.15. Altri eventi avvenuti in seguito all'esposizione al pericolo, atto premeditato, condizione intenzionalmente autocagionata o grave negligenza da parte dell'Assicurato;
- 2.16. Per eventi avvenuti precedentemente alla decorrenza dell'Assicurazione seppure abbiano comportato la maturazione di un rischio assicurato coperto entro il termine di validità della polizza assicurativa;
- 2.17. Per eventi avvenuti successivamente alla scadenza della validità della polizza assicurativa;
3. Salvo che siano oggetto di pattuizione speciale, l'Assicuratore non copre eventi derivanti da:
 - 3.1. Terremoto;
 - 3.2. Guerra o belliche militari, ribellione, colpo di stato, rivolta, atto di terrorismo o altri fenomeni sociali similari;
 - 3.3. Energia nucleare, radiazione, scoppi radioattivi, calamità naturali e ogni altro fenomeno simile avente esiti di vasta scala. L'eccezione di energia nucleare non è applicata nei casi in cui l'energia nucleare è utilizzata per la terapia medica l'Assicuratore non è responsabile verso terzi;
 - 3.4. Esercizio di attività ad alto rischio (tali sono considerati tutti i tipi di sport e occupazioni motoristiche, aerei, aeronautici, di navigazione acquatica e subacquee, lanci dall'alto, arrampicata, richiedenti l'abbigliamento speciale, e speleologia);
 - 3.5. Effetti termici - colpo di sole e di calore, assideramento, raffreddore salvo che siano il seguito di un infortunio assicurato avvenuto durante la validità dell'Assicurazione o sia pattuito diversamente;
 - 3.6. Gravidanza (compr. extrauterina), parto, aborto come anche le complicanze, morbosità o terapie mediche che ne derivano, salvo che siano cagionati da intervenuto infortunio assicurato;
 - 3.7. Qualsiasi spesa legata a malattie previamente in atto che sono state curate e/o registrate prima della decorrenza dell'Assicurazione;
 - 3.8. Spese legate a malattie veneree, trattamento dell'infertilità, cambiamento di sesso o impianto;
 - 3.9. Spese di riabilitazione, fisioterapia, chinesiterapia e trattamenti balneologici;
 - 3.10. Qualsiasi spesa di osservazione o analisi medica o accertamenti diagnostici che fanno parte di un esame fisico di routine o controllo della salute comprese vaccinazioni, spese per lenti di occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, rilascio di certificazioni, ecc.;
 - 3.11. Spese per comfort personale in sede di trattamento ambulatoriale quali: televisore, radio, servizi di parrucchiere o barbiere.

V. PREMIO ASSICURATIVO. SOMMA ASSICURATA.

1. Somma assicurata
 - 1.1. La somma assicurata è in valuta bulgara (lev) o estera e va concordata fra l'Assicuratore e il Contraente e non può essere inferiore a Leva 1.000 e maggiore a Leva 10.000.
 - 1.2. La somma assicurata è un'unica per tutti i rischi coperti.
 - 1.3. Il Contraente può chiedere l'aumento della Somma assicurata durante la validità della polizza esprimendo per iscritto la propria volontà e versando il premio. La modifica viene documentata con un Addendum che costituisce parte integrante della polizza.
2. Premio assicurativo
 - 2.1. Il premio assicurativo è il versamento pecuniale che il Contraente / Assicurato deve all'Assicuratore.
 - 2.2. Il premio assicurativo viene pagato all'atto di stipula del contratto salvo espressa pattuizione diversa.
 - 2.3. Ogni integrazione al premio che è a carico del Contraente dovrà pagarsi unitamente con il premio.
 - 2.4. Il premio assicurativo per un soggetto è fissato secondo tariffa dell'Assicuratore in funzione di somma assicurata, classe di merito (in

- base a professione od occupazione esercitata), rischi coperti, durata dell'Assicurazione e specifica manifestazione del rischio.
- 2.5. Qualora, per tutto il periodo di validità del contratto, il rischio assicurato dovesse aumentarsi o ridursi in maniera rilevante, ciascuna parte può chiedere il relativo aumento o ribasso del premio assicurativo o la risoluzione del contratto.
- 2.6. Il premio assicurativo è annuale e viene pagato in un'unica soluzione all'atto di stipula del dell'Assicurazione o a rate.
- 2.7. La classe di merito è stabilita in base alla tariffa dell'Assicuratore.
- 2.8. I premi assicurativi sono pagabili in contanti o per via di banca.
- 2.9. In caso di pagamento a mezzo banca per data di pagamento s'intende la data di conferma del conto dell'Assicuratore con la somma dovuta.

VI. FORMA, STIPULAZIONE, VALIDITÀ E RISOLUZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE. FACOLTÀ E IMPEGNI DELLE PARTI

1. Forma, stipulazione, validità e risoluzione del contratto di Assicurazione
- 1.1. Il contratto d'Assicurazione viene stipulato per iscritto sotto la forma di polizza assicurativa emessa dall'Assicuratore. La Proposta, le Condizioni Generali e le Condizioni Speciali, la Dichiarazione sanitaria, gli Addenda e altri Allegati fanno parte integrante del contratto d'Assicurazione.
- 1.2. Il contratto d'Assicurazione è predisposto sulla base di Proposta di Assicurazione dal Contraente come anche di altre notizie che l'Assicuratore può richiedere al fine di valutare il rischio assicurato.
- 1.3. All'atto di stipula del contratto il Contraente è tenuto a denunciare le circostanze essenziali che sono a sua conoscenza e hanno rilevanza per il rischio. Essenziali s'intendono le circostanze riguardo cui l'Assicuratore ha posto domanda per iscritto. Ove il Contraente abbia denunciato in maniera imprecisa o sottaciuto una circostanza di tale natura il contratto è modificabile o risolubile nelle modalità stabilite dalla Legge commerciale.
- 1.4. Durante la validità del contratto il Contraente è tenuto a denunciare dinanzi all'Assicuratore immediatamente dopo che ne sia venuto a conoscenza nuove circostanze intervenute legate alla professione, mansioni professionali, attività e paese di residenza dell'Assicurato. In caso di mancato assolvimento vengono applicate le modalità stabilite dalla Legge commerciale;
- 1.5. I dati personali acquisiti in relazione al contratto d'Assicurazione sono utilizzati dall'Assicuratore per la preparazione ed il servizio di questo contratto. L'Assicuratore non ha la facoltà, se non con l'assenso del soggetto rispettivo, di divulgare i dati personali cui è venuto a conoscenza fatte salve le ipotesi previste con una legge o in caso di prevenzione di frodi assicurative;
- 1.6. L'Assicurato acconsente che l'Assicuratore acquisisca informazioni da autorità mediche e soggetti in relazione al suo stato di salute;
- 1.7. Il periodo di validità del contratto d'Assicurazione è 1 (uno) anno ed è pattuito fra il Contraente e l'Assicuratore. Le Assicurazioni possono stipularsi anche per altre durate con l'autorizzazione di una Sede centrale dell'Assicuratore;
- 1.8. L'Assicurazione entra a vigore alle ore 00:00 del giorno indicato in polizza come decorrenza dell'Assicurazione, ove pagato il premio assicurativo, e scade alle ore 24:00 del giorno designato come termine dell'Assicurazione;
- 1.9. In caso di mancato pagamento del premio assicurativo entro il termine specificato nel contratto di Assicurazione l'Assicuratore non è responsabile.
- 1.10. La validità del contratto d'Assicurazione è ripristinabile previo versamento del premio assicurativo dovuto;
- 1.11. Le parti del contratto, fatti salvi i casi previsti in contratto, non vi possono apportare modifiche. La modifica è effettuabile tramite la preparazione e sottoscrizione dalle parte del contratto di un Addendum a esso.
- 1.12. Il contratto va risolto:
 - 1.12.1. di mutuo accordo delle parti espresso in forma scritta;
 - 1.12.2. da ciascuna parte a mezzo preavviso di 15 (quindici) giorni;
 - 1.12.3. con dichiarazione unilaterale dal Contraente nel caso che l'interesse assicurato decada durante la sua efficacia.
- 1.13. Nel caso il contratto venga risolto in anticipo per colpa del Contraente, l'Assicuratore non è tenuto a rimborsare il premio inutilizzato per il resto del periodo d'Assicurazione salvo pattuizione diversa.
2. Facoltà e impegni delle parti
 - 2.1. Facoltà a impegni del Contraente/Assicurato
 - 2.1.1. Il Contraente/Assicurato può modificare e risolvere il contratto d'Assicurazione. Il Contraente/Assicurato può modificare il contratto d'Assicurazione per: integrazione e/o allontanamento di soggetti /assicurati, beneficiari/, aumento della somma assicurata e/o integrazione di nuovi rischi;
 - 2.1.2. Il Contraente/Assicurato sono tenuti:

- 2.1.2.1. a rendere edotto per iscritto l'Assicuratore in caso del verificarsi di un evento assicurato durante la validità del contratto entro 7 (sette) giorni dal verificarsi o dalla conoscenza del verificarsi;
- 2.1.2.2. a ottemperare alle indicazioni dell'Assicuratore;
- 2.1.2.3. a pagare il premio assicurativo entro i termini e nella misura indicati con la polizza assicurativa;
- 2.1.2.4. a fornire i documenti richiesti relativi alla constatazione dell'evento;
- 2.2. Facoltà a impegni dell'Assicuratore
 - 2.2.1. L'Assicuratore può:
 - 2.2.1.1. incassare il premio assicurativo entro i termini e nella misura indicati con la polizza assicurativa;
 - 2.2.1.2. fare la verifica della documentazione prima di adottare la decisione di liquidare i risarcimenti;
 - 2.2.1.3. richiedere ulteriori documenti in conformità alle disposizioni del Codice delle Assicurazioni;
 - 2.2.1.4. rifiutare la liquidazione della somma assicurata o una percentuale di essa ove il Contraente (il beneficiario) presenti prove o documenti non corretti o rifatti.
 - 2.2.2. L'Assicuratore è tenuto:
 - 2.2.2.1. a fornire al Contraente/Assicurato dell'informazione precontrattuale ai sensi dell'art. 326 Codice delle Assicurazioni;
 - 2.2.2.2. con il verificarsi di un evento assicurato o dei patti stabiliti in contratto, a liquidare la somma assicurata, la parte di essa o l'indennizzo assicurativo specificati nel contratto di Assicurazione.

VII. LIQUIDAZIONE DI SOMME ASSICURATE O INDENNIZZI ASSICURATIVI

1. In caso del verificarsi di un evento assicurato durante la validità del contratto, l'Assicuratore salda le somme seguenti:
 - 1.1. In caso di **Morte dell'Assicurato per l'effetto di un infortunio** - ai beneficiari va liquidata la somma assicurata;
 - 1.1.1. In caso di liquidazione di risarcimento per la morte dalla somma vanno dedotti i risarcimenti prima liquidati per capacità lavorativa permanentemente ridotta (persa) o inabilità temporanea in riferimento al medesimo evento assicurato.
 - 1.2. In caso di **Capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa in seguito ad un infortunio** - all'Assicurato va rimborsata una percentuale della somma assicurata pari alla percentuale di capacità lavorativa persa stabilita dalla Commissione dei periti assicurativi dell'Assicuratore o dalla Commissione territoriale e/o nazionale dei periti medici;
 - 1.2.1. La certificazione avviene dopo il termine della terapia e la definitiva e piena stabilizzazione delle lesioni, ma non prima di tre mesi e non oltre un anno dalla data dell'infortunio, dalla Commissione dei periti assicurativi dell'Assicuratore o dalla Commissione territoriale e/o nazionale dei periti medici;
 - 1.2.2. Se per qualche motivo la certificazione dovesse avvenire oltre il termine annuale la percentuale della ridotta capacità lavorativa va stabilita a un anno dalla data dell'infortunio;
 - 1.2.3. L'impegno dell'Assicuratore di saldare somme in caso di morte o inabilità permanente da infortunio è generato ove sono intervenute non oltre un anno dal giorno dell'infortunio e sono in rapporto di causalità con esso;
 - 1.2.4. In caso di liquidazione di risarcimento per capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa dalla somma vanno dedotti i risarcimenti prima liquidati per inabilità temporanea in riferimento al medesimo evento assicurato;
 - 1.3. In caso di **Inabilità permanente per l'effetto di un infortunio** - va determinata in base alla somma assicurata ed agli importi del risarcimento stabiliti nel contratto di Assicurazione. Essi sono in dipendenza con la durata dell'inabilità in seguito all'evento assicurato;
 - 1.3.1. In caso di inabilità temporanea per l'effetto di un infortunio il risarcimento va liquidato se i danni che hanno cagionato l'inabilità temporanea siano comparsi per la prima volta entro un mese e vanno rimborsati fino a due volte per un evento durante la validità dell'Assicurazione;
 - 1.3.2. Un risarcimento per inabilità temporanea va rimborsato a patto che sia intervenuta durante la validità del contratto d'Assicurazione per l'effetto di un evento assicurato che abbia comportato l'inabilità temporanea continua dell'Assicurato.
 - 1.3.3. Nel caso che l'Assicurato abbia assunto l'inabilità temporanea che poi si sia sviluppata in inabilità permanente, l'Assicuratore liquida il margine tra la somma dovuta per la perdita permanente di capacità lavorativa e la somma incassata per l'inabilità temporanea;
 - 1.4. In caso di **Spese mediche in seguito ad un infortunio e malattia acuta** - in inabilità temporanea di 21 o più giorni l'Assicuratore rimborsa le spese effettivamente sostenute per visite mediche, trattamento, medicinali acquistati, ecc. nell'ambito del massimale aggregato;

- 1.5. In caso di **Spese di trasporto sanitario e rimpatrio imposto da un infortunio, malattia acuta o morte** - l'Assicuratore rimborsa le spese effettivamente sostenute per l'evacuazione dell'Assicurato nell'ambito del limite concordato e/o le relative spese per il trasporto dell'Assicurato o dei suoi resti mortali (cremati) dal luogo dell'infortunio o della malattia acuta oppure dalla struttura ospedaliera che ha eseguito il trattamento al luogo della residenza;
- 1.5.1. Lo stato di salute dell'Assicurato che ne impone il rimpatrio e la necessità di accompagnatore vanno determinati sulla base di parere scritto da un'azienda sanitaria licenziataria;
- 1.6. In caso di **Diarie per degenza in ospedale in seguito ad un infortunio** - all'Assicurato va rimborsata la somma accordata in polizza per ogni giorno di degenza secondo la tariffa e le Condizioni Speciali dell'Assicuratore;
- 1.7. In caso di **Spese di salvataggio** - vanno rimborsate le spese effettivamente sostenute per la ricerca ed il salvataggio dell'Assicurato comprese anche spese per il trasporto dell'Assicurato ad una struttura sanitaria dopo il suo salvataggio, entro il limite concordato, secondo la tariffa e le Condizioni Speciali dell'Assicuratore;
2. L'indennizzo assicurativo dovuto va rimborsato dall'Assicuratore al beneficiario di persona o ad un suo rappresentante su un conto bancario indicato entro 15 (quindici) giorni lavorativi dall'esibizione all'Assicuratore di tutti i documenti necessari.
3. Se per la precisazione delle cause e circostanze per il verificarsi dell'evento assicurato fosse necessaria un'indagine speciale o fosse in corso una procedura amministrativa e/o penale legale il periodo di cui al comma precedente va esteso alla loro chiusura.
4. Se dai documenti presentati si accertasse che i dati per determinare il rischio assicurato fossero stati erroneamente significati nella Proposta di Assicurazione oppure fosse intervenuta una variazione ad essi che il Contraente non ha comunicato all'Assicuratore, l'indennizzo assicurativo va modificato sulla base dei dati giusti e in conformità al premio versato.
5. Se il risarcimento fosse stabilito in valuta estera e il suo rimborso avviene entro i confini della Repubblica Bulgara, l'Assicuratore ne paga l'equivalente in lev. Tale equivalente è determinato secondo il tasso di cambio della Banca Nazionale Bulgara alla data del pagamento.
6. L'Assicuratore deduce i premi dovuti e non pagati dal Contraente dall'indennizzo assicurativo.
7. L'Assicuratore non è responsabile e non salda somme assicurate e indennizzi assicurativi per complicanze o morte intervenute dopo la scadenza di un anno dalla data dell'infortunio.
8. L'importo totale di tutti i pagamenti entro un periodo assicurativo non può eccedere l'importo del massimale. L'Assicuratore è responsabile per le sole spese mediche effettivamente sostenute.
9. Nel caso che esistano altri contratti di Assicurazione che forniscono all'Assicurato una copertura assicurativa analoga, l'Assicuratore è responsabile in maniera proporzionale delle spese sostenute la sua quota in ogni tipo di spesa essendo pari all'importo delle spese diviso per il numero dei contratti che coprono tale tipo di spesa.
10. Nel caso che le Condizioni Speciali prevedano la franchigia dell'Assicurato alle sopravvenute spese mediche, l'Assicuratore affronta le spese eccedenti tale franchigia.

VIII. DOCUMENTI NECESSARI A MUOVERE UN'AZIONE PER IL RIMBORSO DI UN INDENNIZZO ASSICURATIVO

1. Per ottenere un rimborso assicurativo occorre che il beneficiario presenti i documenti seguenti (in originale o copia autenticata):
- 1.1. In ogni caso e prescindendo dalla natura dell'azione - Comunicazione di danno (come da modello dell'Assicuratore) e polizza assicurativa (contratto) - originale o duplicato attestanti la sussistenza di Assicurazione stipulata;
- 1.2. In caso di morte - atto di morte; comunicazione di morte dal medico che attestato la morte; certificato di eredità nel caso che in qualità di beneficiari loro non siano stati indicati per nome;
- 1.3. In caso d'infortunio - documento attestante il verificarsi dell'infortunio - scheda anagrafica in caso di infortunio non sul lavoro - dichiarazione di infortunio e ingiunzione dell'INPS, verbale della Motorizzazione Civile;
- 1.4. Memoria d'ufficio o copia dell'elenco - nelle polizze collettive;
- 1.5. In caso di capacità lavorativa ridotta o persa da un infortunio -
- 1.5.1. documenti medici ivi compreso: decisione di Commissione territoriale dei periti medici, Commissione dei periti assicurativi o Commissione nazionale dei periti medici con la stabilità precisamente percentuale di capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa, certificati di malattia, lettere di dimissione ospedaliere, esiti di accertamenti medici rilasciato da aziende sanitarie licenziatrici; documenti comprovanti le spese mediche sostenute,

spese di trasporto sanitario e rimpatrio; modulo sanitario compilato dal medico che ha realizzato la terapia, ricette per i farmaci prescritti; lettera di dimissione dalla struttura ospedaliera;

- 1.5.1.1. La data d'inizio del certificato di malattia primario deve venir dopo la decorrenza dell'Assicurazione e gli altri devono costituire il seguito e le diagnosi ivi deliberate siano in rapporto di causalità con la diagnosi del certificato di malattia primario; certificato di professione e sede di lavoro dell'Assicurato;
- 1.5.2. Documenti finanziari - fattura e scontrino fiscale per le spese sostenute;
- 1.5.3. Altri documenti attestanti la data, il motivo e le circostanze in cui si è verificato l'evento assicurato o comprovanti le spese mediche sostenute.

IX. DEFINIZIONI DELL'ASSICURATORE

I concetti usati in queste Condizioni Generali recano il significato di seguito definito:

1. **Contratto di Assicurazione (polizza assicurativa)** - il Contratto d'Assicurazione (per brevità denominato "il Contratto") è costituito da queste Condizioni Generali, Condizioni Speciali e addenda (se applicabile). Quando s'intende il documento scritto solitamente il Contratto è chiamato polizza.
2. **Condizioni Speciali**
Le Condizioni Speciali fanno parte del Contratto che contiene gli specifici nomi, indirizzi, termini, date, rischi coperti, risarcimenti e patti come anche le sottoscrizioni delle parti del Contratto.
3. **Addendum** - Addendum è una parte supplementare del Contratto che contiene modifiche o integrazioni ad esso come anche le sottoscrizioni delle parti del Contratto.
4. **Parti del Contratto** - Parti del Contratto sono l'Assicuratore ed il Contraente.
5. **Assicuratore** - Assicuratore è la compagnia assicurativa Nadejda AD con sede amministrativa a 1700 Sofia, Vitosha, centrale idroelettrica Simeonovo 999.
6. **Contraente** - Contraente è il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con l'Assicuratore e paga il premio designato in Contratto. Nel caso che l'Assicurazione sia sulla vita/salute/integrità della persona del Contraente, questi è anche Assicurato.
7. **Assicurato (soggetto assicurato)** - Assicurato è il soggetto della cui vita, salute e capacità lavorativa l'Assicuratore è responsabile.
8. **Beneficiario** - Beneficiario è il soggetto cui, alle circostanze stabilite in Contratto, va rimborsato l'indennizzo assicurativo.
9. **Evento assicurato** - Evento assicurato è un evento accaduto con l'Assicurato nel corso del periodo di assicurazione che, in rapporto con i coperti rischi contrattuali, comporta il rimborso di indennizzo assicurativo.
10. **Infortunio** - Infortunio è un evento imprevisto, occasionale e improvviso di origine estranea all'Assicurato, accaduto durante il periodo di assicurazione e contro la sua volontà che provoca all'Assicurato un danno biologico (lesione aperta o interna, frattura scomposta o composta, distorsione di un'articolazione, rottura o distrazione tendinea o muscolare, cauterizzazione o assideramento di superficie corporea, intossicazione, soffocamento o affogamento).
- 10.1. Infortunio è un evento proveniente dalla circolazione di mezzi di trasporto, lavoro con macchinari, uso di armi o attrezzi; effetti di elettricità; intossicazione involontaria con sostanze tossiche esogene (di origine esterna), in sede di salvataggio di vita umana o beni; colpo di folgore; urto meccanico; esplosione; crollo; atti dolosi di altri soggetti; attacchi da animali; morsi o punture da insetti e rettili velenosi; intossicazione da alimenti, immunizzazioni preventive obbligatorie; sovraccarico di forze proprie e cagionante danni biologici all'Assicurato. L'Infortunio si esprime in lesione, scottamento e ustione, affogamento, soffocamento, assideramento, rottura, distorsione, distrazione e strappo di tessuti, articolazioni, tendini, muscoli, ossa e altri simili per cui effetto si verifica perdita di capacità lavorativa e/o morte;
- 10.2. Non s'intendono per infortuni gli incidenti avvenuti in seguito a:
- 10.2.1. malattie professionali;
- 10.2.2. malattie di carattere generale compresi svenimenti epilettici o svenimenti provocati da altre patologie in atto; malattie mentali, emorragie e paralisi causate da tensione arteriosa alta o tromboembolia e altri; infezioni gastrointestinali acute fatti salvi i casi quando in seguito ad un infortunio coperto dall'assicurazione vengano generate sofferenze patologiche e per l'effetto delle stesse intervenga perdita di capacità lavorativa o morte.
11. **Rischio coperto** - Rischio coperto sono le circostanze designate nei patti del contratto di assicurazione con la cui maturazione l'Assicuratore deve liquidare la somma assicurata o una percentuale di essa.
12. **Somma assicurata** - Somma assicurata è l'importo che le parti del contratto convengono che faccia da base per la determinazione e/o

- limitazione della misura dei pagamenti assicurativi dovuti dall'Assicuratore ai beneficiari col verificarsi di un evento assicurato o ad altre condizioni specificate nell'apposito contratto di assicurazione. La somma assicurata o la modalità del suo conteggio sono indicate nelle Condizioni speciali del Contratto. Essa può essere diversa per i vari rischi coperti contrattuali.
13. **Premio assicurativo** - Premio assicurativo (denominato per brevità "il Premio") è la somma che il Contraente deve all'Assicuratore a fronte degli impegni assunti da quest'ultimo in riferimento al Contratto di assicurazione.
14. **Pagamento assicurativo** - Indennizzo assicurativo (denominato per brevità "l'Indennizzo") è la somma di denaro che in funzione dei rischi coperti l'Assicuratore esborsa al beneficiario col verificarsi di un evento assicurato.
15. **Durata dell'assicurazione (periodo di copertura, periodo di assicurazione)** - la durata dell'assicurazione è il periodo in cui l'Assicuratore fa fronte dei rischi assunti. La sua decorrenza e fine sono indicate nelle Condizioni speciali.
16. **Infortunio sul lavoro** - Infortunio sul lavoro è un infortunio avvenuto con l'Assicurato:
durante e in relazione od occasione di svolgimento delle sue funzioni d'ufficio/di servizio;
durante un lavoro non annoverato nelle mansioni d'ufficio/di servizio dell'Assicurato ma svolto di ordine del suo datore di lavoro e in ordine all'attività del datore di lavoro;
nelle pause disciplinate durante l'orario di lavoro;
mentre l'Assicurato va al lavoro o torna dal lavoro, es. entro un'ora precedentemente all'inizio dell'orario di lavoro e un'ora a partire dalla scadenza dell'orario di lavoro.
17. **Infortunio domestico /non sul lavoro/** - Infortunio domestico è l'infortunio che non è compresa nella definizione di infortunio sul lavoro.
18. **Morte** - Morte dell'Assicurato (nel contesto dei rischi coperti) è una morte che l'effetto diretto di (e solamente di) un infortunio subito dall'Assicurato nel periodo di assicurazione e che è intervenuta entro un anno dal verificarsi dell'infortunio.
19. **Malattia acuta** è un morbo che sopravviene in maniera acuta, improvvisa e imprevista, rappresenta pericolo per la vita o salute dell'Assicurato e richiede il soccorso medico urgente e indilazionabile.
20. **Malattia o condizione previamente in atto** è un morbo o condizione medica per cui l'Assicurato ha ricevuto trattamento, ha cercato un suggerimento medico o ne è venuto a conoscenza prima della decorrenza del periodo di assicurazione.
21. **Capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa** è la ridotta o persa capacità, in modo definitivo e insanabile, di compiere normali azioni e incombenze in seguito a funzione danneggiata di un singolo organo o dell'intero organismo. La capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa è determinata in percentuali dalla Commissione territoriale dei periti medici (CTPM) o dalla Commissione dei periti assicurativi (CPA) presso l'Assicuratore. Per data di maturazione della capacità lavorativa permanentemente ridotta o persa si assume la data di invalidazione riportata nella decisione di CPTM o CPA.
22. **Evacuazione** è il trasporto sanitario iniziale dal luogo dell'evento assicurato al nosocomio più vicino per la prestazione di soccorso medico urgente nonché di successivo trasporto sanitario dal medico o nosocomio che hanno prestato il primo soccorso all'ospedale specializzato più vicino nel caso la condizione del danneggiato richieda la continuazione del trattamento presso un'azienda sanitaria specializzata.
23. **Rimpatrio** è il trasporto dell'Assicurato o dei suoi resti mortali (cremati) dal paese (luogo) dell'infortunio o della malattia acuta, oppure dalla struttura ospedaliera che ha svolto il trattamento, al paese (luogo) della sua residenza. La necessità di rimpatrio è determinata dall'azienda sanitaria che ha svolto il trattamento o dal medico curante.
24. **Spese di salvataggio** sono le spese sostenute per la ricerca, salvataggio, prestazione di primo soccorso medico e trasporto effettuati da organismi impegnati in interventi di ricerca e/o salvataggio di un Assicurato.
25. **Malattia** è il complesso di lamenti e manifestazioni cliniche diagnosticate in un'azienda sanitaria licenziataria e registrate in un ufficiale documento medico.
26. **Malattia generale** è ogni morbo secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che non è designato come malattia professionale o lesione traumatica.
27. **Malattia cronica** è la patologia di un organo o sistema di organi che inizia in modo acuto o con lamenti protratti che si manifestano in intervalli di diversa durata con sintomi ricorrenti per un periodo di oltre un anno.

28. **Ospedale** è una struttura sanitaria polifunzionale o specializzata licenziataria alla prestazione del servizio di degenza (soccorso ospedaliero) - accertamenti, diagnosi e trattamento di pazienti.
- 28.1. Non costituiscono ospedale le strutture sanitarie per il soccorso extraospedaliero, le aziende sanitarie specializzate al trattamento di malati cronici e mentali, alcolizzati, tossicodipendenti nonché strutture sanitarie balneo-sanitarie, di profilassi e di riposo, case per cure sociali e altri assimilati.
29. **Diarie per degenza** è la somma fissata nella polizza assicurativa che l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato per ogni giorno di degenza.
30. **Degenza (ospedalizzazione)** è una permanenza di **almeno 24 ore** dell'Assicurato in una struttura ospedaliera per il soccorso medico eseguito su prescrizione medica al fine dell'urgente studio, consulenza, diagnosi, trattamento.
31. **Medico** è un soggetto munito di laurea in medicina riconosciuto dalla normativa vigente e qualificato a curare nell'ambito delle competenze abilitate e formazione medica dategli.
32. **Inabilità temporanea** è la ridotta o totalmente persa capacità di compiere normali azioni e incombenze in seguito alla riduzione transitoria delle funzioni comuni o locali dell'organismo recuperabili entro un certo periodo in cui l'Assicurato gode effettivamente di assenze per malattia la cui decorrenza rientra nel periodo di assicurazione. La durata dell'inabilità temporanea è fissata sulla base della normativa vigente.
33. **Spese mediche impreviste e urgenti** sono le spese mediche che si sono rese necessarie d'urgenza in seguito ad un infortunio o una malattia acuta cominciata all'improvviso, il cui mancato sostenimento comporterebbe:
- continuo pericolo per la salute dell'Assicurato;
- grave deterioramento alle funzioni vitali;
- altre conseguenze gravi concernenti la salute e vita dell'Assicurato;
- spese mediche impreviste e urgenti, le spese per il trattamento di malattie croniche in cui la sintomatologia è somigliante a quella delle malattie acute, ma che erano presenti precedentemente alla decorrenza del periodo di assicurazione.
34. **Franchigia** sulle spese mediche sostenute è una parte delle spese mediche coperte in base all'assicurazione che l'Assicurato paga a proprio carico.
35. **Guerra** è invasione, operazioni di nemici esteri, ostilità (indipendentemente se dichiarata o meno), guerra civile, sommosse, rivoluzione, ribellione, potere militare o usurpato, rivolta, applicabile, ammutinamento, disordini civili e atti di terrorismo.
36. **Atto di terrorismo** è un atto comprendente ma non limitato al solo impiego di forza o esercizio di violenza e/o minaccia di ciò da parte di un certo soggetto e/o gruppi di soggetti non importando se agiscano in modo autonomo o in nome di o in rapporto con data/e organizzazione/i e/o governo/i, compiuto con scopi politici, religiosi, ideologici o affini comprendendo l'intenzione di influire su un determinato governo e/o di minacciare il pubblico o parte del pubblico.
37. **Classe di merito** - gruppo di attività produttive o commerciali oppure attività sportive con simili caratteristiche rischiose.
38. **Condizione intenzionalmente autocagionata** - condizione intenzionalmente autocagionata è quella condizione fisica o mentale dell'Assicurato intervenuta per l'effetto di un atto doloso compiuto dall'assicurato stesso o da qualcuno dei beneficiari oppure compito per loro movente.
39. **Grave negligenza** - grave negligenza sussiste quando l'Assicurato non ha applicato la debita premura e non ha intrapreso le necessarie misure di sicurezza che pure la persona più negligente applicherebbe in una simile situazione.

Le presenti Condizioni Generali sono approvate dal Consiglio di Amministrazione della Comp. Ass.va Nadejda AD in data 07/01/2013, successivamente modificate ed integrate in data 26.03.2014, in data 28.01.2016.

Oggi li io sottoscritto/a

.....
ho ricevuto una copia firmata delle Condizioni Generali alla polizza №
..... e aderisco ad esse.

Consegnato da: Comp. Ass.va NADEJDA AD

/firma/

Ricevuto da:

/firma/