



la tua protezione



UnipolSai

INFORTUNI

SMART

Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute.
Modello 1202 - Ed. 01.07.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai Infortuni Smart

Ed. 01.07.2014

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINA

A. • INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 11
1. Informazioni generali	2 di 11
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 11
B. • INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 11
GLOSSARIO	3 di 11
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	7 di 11
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio	8 di 11
5. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazione della professione	8 di 11
6. Premi	9 di 11
7. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate	9 di 11
8. Diritto di Recesso	9 di 11
9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	9 di 11
10. Legge applicabile al contratto	10 di 11
11. Regime fiscale	10 di 11
C. • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	10 di 11
12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo	10 di 11
13. Reclami	10 di 11
14. Arbitrato	11 di 11

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINA

A. • NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 24
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 24
B. • NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI	6 di 24
2. SEZIONE INFORTUNI	6 di 24
C. • NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	13 di 24
3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	13 di 24
• ALLEGATO A - ATTIVITÀ NON ASSICURABILI	20 di 24
• NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	21 di 24

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINA

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3
--	--------

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione danni "UnipolSai Infortuni Smart" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente, siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- **la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;**
- **il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.**

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "**Avvertenze**" sono stampate su fondo colorato, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111
- telefax: 051.375349
- siti internet:
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it
- indirizzo di posta elettronica:
info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

- **Aeromobili:** si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.
- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
- **Assicurazione:** contratto di assicurazione.
- **Atto di Terrorismo:** azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.
- **Beneficiario:** soggetto che viene designato a ricevere l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.
- **Classe di Rischio:** insieme delle attività che, ai fini dell' Assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.
- **Combinazione di assicurazione:** è la copertura assicurativa a pacchetto, scelta dal Contraente e indicata nella Scheda di polizza.
- **Contraente:** il soggetto che stipula l' Assicurazione.
- **Convalescenza:** il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio indennizzabile a termini di Polizza.
- **Day Hospital:** degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.
- **Documentazione sanitaria:** gli originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **Ebbrezza alcolica:** la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a **0,8** grammi/litro.
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.
- **Gare di regolarità pura:** manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.
- **Immobilizzazione:** stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la

cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico. Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo indicato sulla certificazione medica.

- **Indennizzo:** somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla Polizza.
- **Intervento chirurgico:** atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.
- **Invalidità Permanente:** perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- **Istituto di Cura:** gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli Istituti di Cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa comprensiva della Scheda di Di-

missione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.

- **IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Lavoro aereo:** attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.
- **Periodo assicurativo - Annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa.
In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** tutti i documenti che costituiscono l'Assicurazione.
- **Premio:** somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.
- **Recesso:** scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.
- **Ricovero:** degenza, documentata da cartella

clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

- **Rischio:** probabilità che si verifichi un Sinistro.
- **Sci Alpinismo:** la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna – senza l'utilizzo degli impianti di risalita – caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di Sci Estremo.
- **Sci Estremo:** la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.
- **Scoperto:** importo che rimane a carico dell'Assicurato espresso in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzabile che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso.
- **Sforzo:** impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.
- **Sinistro:** verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
- **Snowboard:** attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso - anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello Snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:
 - *Half Pipe:* gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
 - *Snowboardcross:* gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
 - *Freeriding estremo:* gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

- **Società:** l'impresa assicuratrice.
- **Somma assicurata:** è la somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo in caso di Sinistro.
- **Sport Aerei:** si intendono quelli effettuati anche in qualità di pilota con:
 - Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
 - Alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
 - Apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
 - Apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Dporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii).

È inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

- **Sport Agonistici:** intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione – in premi o in denaro – è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.
- **Sport ad Alto Rischio:** intendendosi per tali quelli di seguito indicati:
 - alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano contatto fisico, bob, canoa fluviale oltre il 3° grado, ciclismo su strada con utilizzo di bicicletta da corsa conforme alla normativa UCI, discesa di rapide, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, football americano, free climbing, guidoslitta (bob-sleigh), helisnow, hockey su ghiaccio, immersione

- con autorespiratore, jet ski, kite surf, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rafting, regate oceaniche, rugby, salto con l' elastico (bungee jumping), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, Sci Alpinismo, Sci Estremo, slittino (skeleton), Snowboard Discipline Soft (Half Pipe, Snowboardcross, Freeriding), snowrafting, sollevamento pesi, speleologia.
- **Sport del tempo libero:** intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'Infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.
 - **Sport Motonautici:** si intendono quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; comprese tutte le gare di Off-Shore.
 - **Sport Motoristici:** si intendono quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Tutte le gare Sprint e Grass-track, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.
 - **Sport Professionistici:** quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.
 - **Terremoto:** movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, con possibilità però per il Contraente e la Società di escludere il tacito rinnovo.

Avvertenza: in caso di stipula con tacito rinnovo la disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza, dalla parte recedente all'altra parte, con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennalità".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre all'Assicurato in caso di Infortunio la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti garanzie:

- *Morte* (acquistabile solo in abbinamento a *Invalità Permanente*), con pagamento dell'Indennizzo ai Beneficiari designati in Polizza o, in loro mancanza, agli eredi.

- *Invalità Permanente*, con pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalità Permanente accertata, distinguendo nella quantificazione dell'Indennizzo tra Invalità fino al 49%, dal 50% al 99% e pari al 100%; si vedano in particolare le tabelle di cui agli Artt. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalità Permanente" e 3.5 "Invalità Permanente - Criteri di Indennizzo", nonché i casi particolari disciplinati dagli Artt. 3.5.1 "Sport Agonistici", 3.5.2 "Ernie addominali traumatiche da Sforzo", 3.5.3 "Rotture del tendine d'Achille" e 3.5.4 "Eventi naturali catastrofici".

- *Garanzie supplementari opzionali* (acquistabili singolarmente solo in abbinamento a *Invalità Permanente*) denominate:

- *Rimborso spese mediche da Infortunio*, con pagamento - fra le altre voci di spesa - di onorari medici, medicinali, rette di degenza, accertamenti diagnostici, terapie fisiche e acquisto / noleggio di protesi.
- *Diarie da Infortunio*, comprensiva di In-

dennità per Ricovero e Convalescenza (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio e un massimo di 90 giorni per la Convalescenza) e di *Indennità per Immobilizzazione* (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio).

E' inoltre prevista la possibilità di scelta tra le seguenti Condizioni specifiche (valide solo se richiamate in Scheda di polizza):

A) *Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente*, per le persone risultanti da certificato di stato di famiglia appartenenti a tale nucleo al momento del Sinistro;

B) *Deroga alla Franchigia su garanzia Invalità Permanente* (acquistabile solo con determinate Somme assicurate e se non è operante la Condizione specifica A), con eliminazione totale della Franchigia su questa garanzia.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione", 2.3 "Esclusioni" e 3.2 "Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti". Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai capitoli B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI" e C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" per gli aspetti di dettaglio.

Segnaliamo che le coperture assicurative re-

stano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio in materia di sospensione in corso di contratto si rinvia a quanto previsto agli Artt. 1.3 "Decorrenza della garanzia" e 1.6 "Frazionamento del Premio".

Avvertenza: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno, con minimo e massimo in Euro) e Franchigie (esprese in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

La Franchigia può variare a seconda delle Somme assicurate e della quantificazione del danno; può inoltre essere "relativa", scomparendo una volta che venga superata dal danno accertato (e quindi l'Indennizzo risulta integrale) oppure "assoluta", venendo cioè in ogni caso detratta dal danno indennizzabile.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 2.4 "Garanzie prestate", 2.6.1 "Rimborso spese mediche da Infortunio", 2.6.2 "Diarie da Infortunio", 2.7 "Condizioni specifiche" lettera B) "Deroga alla Franchigia su Garanzia Invalidità Permanente", 3.5.1 "Sport Agonistici" e 3.5.4 "Eventi naturali catastrofici" e nella Scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione del contratto.

Esempio di Scoperto con minimo e massimo in Euro: spesa sanitaria pari a Euro 200, Scoperto 15% minimo Euro 50 massimo Euro 400, Indennizzo corrisposto Euro 150 ($15\% \times 200 = 30$, quindi si applica lo Scoperto minimo di Euro 50).

Esempio di Franchigia assoluta: Somma assicurata pari a Euro 100.000, Invalidità Permanente pari al 10%, Franchigia assoluta pari al 3%, Indennizzo pari a Euro 7.000 ($10\% - 3\% = 7\%$, da applicare su Euro 100.000).

Esempio di Franchigia relativa: Somma assicurata pari a Euro 20 per giorno di degenza,

n°5 giorni complessivi di degenza, Franchigia relativa pari a n°2 giorni di degenza, Indennizzo pari a Euro 100 (n°5 giorni di degenza è superiore a 2, quindi la Franchigia scompare).

Esempio di Franchigia variabile a seconda della Somma assicurata e del danno accertato (vedasi Art. 3.5.1 "Sport Agonistici"): Somma assicurata pari a Euro 200.000, Invalidità Permanente pari al 15%, Franchigia assoluta pari al 3% fino a Euro 100.000 di Somma assicurata e al 5% oltre Euro 100.000, Indennizzo pari a Euro 22.000 ($12\% \times 100.000 + 10\% \times 100.000$).

Esempio di limite di Indennizzo: spesa per fisioterapia presso Servizio Sanitario Nazionale pari a Euro 800, Somma assicurata per rimborso spese mediche pari a Euro 1.000 (2% del capitale per Invalidità Permanente pari a Euro 50.000), limite di Indennizzo per trattamenti fisioterapici pari a Euro 500 (50% della Somma assicurata per rimborso spese mediche), Indennizzo corrisposto Euro 500.

Avvertenza: non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni; per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione".

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio

Avvertenza: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio".

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazione della professione

L'Assicurato/Contraente deve comunicare in forma scritta alla Società ogni aggrava-

mento del Rischio, pena la possibile perdita del diritto all'Indennizzo o sua riduzione o la cessazione del contratto stesso ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile. Non sono previste ipotesi di diminuzione del Rischio. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.9 "Aggravamento del Rischio" e 1.10 "Diminuzione del Rischio".

A titolo esemplificativo costituisce aggravamento di Rischio una variazione dell'attività svolta dall'Assicurato rispetto a quella dichiarata in Polizza che comporti l'inserimento della nuova attività tra le "Attività non assicurabili" della tabella di classificazione di cui all'Allegato A delle Condizioni di Assicurazione (come nel caso del cambiamento da "Fotoreporter / Fotografo" a "Fotoreporter inviato di guerra").

6. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

Il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi - più eventuale frazione di mese - del Premio annuo lordo all'atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipula e successivamente ad ogni scadenza annuale. L'eventuale frazionamento è indicato nella Scheda di polizza.

Avvertenza: sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata polienn-

nale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Scheda di polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (Articolo 1899, 1° comma, del Codice Civile).

7. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate

Avvertenza: le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.8 "Adeguamento automatico delle Somme assicurate e dei relativi Premi".

8. Diritto di Recesso

Avvertenza: in caso di Sinistro il Contraente e la Società possono recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'Art. 1.12 "Recesso in caso di Sinistro".

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (Art. 1899, 1° comma, del Codice Civile). Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennalità".

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua ri-

duzione ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'articolo 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il Rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle Assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all' Assicurazione sono a carico del Contraente. Il contratto prevede la garanzia Infortuni per la quale il relativo Premio è soggetto all' imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: il Sinistro si intende avvenuto al verificarsi dell'Infortunio. Il Contraente/ Assicurato o gli aventi diritto devono dare avviso scritto del Sinistro alla Società o all'intermediario a cui è assegnata la Polizza entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne hanno avuto la possibilità.

In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi ad accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 3.1 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" nonché - più in generale sull'intera procedura liquidativa - al capitolo C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" delle Condi-

zioni di Assicurazione.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

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, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'IVASS), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'IVASS oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito *internet*: <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 3.9 "Arbitrato irrituale".

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente di Polizza. **Avvertenza:** resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 01/07/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbrì)



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA
00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol
Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n.
1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di Polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto di Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.4 - Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennalità

Qualora il contratto venga stipulato con tacito rinnovo in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima

della scadenza dell'Assicurazione, con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax, il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente.

Il Periodo assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Scheda di polizza. Pertanto, ai sensi dell'art. 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore a cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di recedere dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Il Premio esposto nella Scheda di polizza è già comprensivo della suddetta riduzione.

Art. 1.5 - Pagamento del Premio

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà ef-

fettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art.1.7 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato nella Scheda di polizza il frazionamento mensile)

La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

1. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit

- 1.1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
- 1.2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
- 1.3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
- 1.4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza:
«Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
Tale messaggio sarà inviato dalla Socie-

tà:

- mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

2. Mancato addebito del pagamento di Premi

- 2.1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
- 2.2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto 1.4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/AAAA della pol xxx/xxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UnipolSai Ass.ni».

3. Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

- 3.1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
- 3.2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..
- 3.3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/sostituzione pol

n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».

3.4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio:

«Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».

3.5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Art. 1.8 - Adeguamento automatico delle Somme assicurate e dei relativi Premi

Le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie, i limiti espressi in giorni e i minimi e massimi di Scoperto e i valori espressi in percentuale.

Art. 1.9 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comu-

nicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il 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'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.10 - Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di riduzione del Rischio.

Art. 1.11 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo telefax.

Art. 1.12 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra Parte.

La relativa comunicazione, effettuata con lettera raccomandata o a mezzo telefax, diventa efficace:

- dopo 30 giorni dalla data di invio se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro di spedizione se inviata dal Contraente.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa la parte di Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di Rischio non corso.

Il pagamento di Premi che siano scaduti dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.13 - Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo dovuto, la Società provvede entro 30 giorni al pagamento, a condizione che non sia stata fatta opposizione o non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni della Polizza.

Art. 1.14 – Pattuizione della non rinnovabilità del contratto

Quando è pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.15 – Assicurazioni obbligatorie

La presente Assicurazione non è sostitutiva di eventuali Assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 1.16 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili dal presente contratto:

- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età superiore a 80 anni. Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto

- dalla prima scadenza annuale successiva;
- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti dell'Assicurato al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali;
- le persone che svolgono una delle attività riportate nell'Allegato A "Attività non assicurabili".

Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

2. Sezione INFORTUNI

Art. 2.1 – Garanzia Base

Oggetto dell'Assicurazione

Rischio professionale ed extraprofessionale

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate nella Scheda di polizza, gli Infortuni che l'Assicurato subisca, nello svolgimento delle proprie attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono compresi in copertura anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'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, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture del tendine d'Achille secondo i criteri di Indennizzo previsti dall'Art. 3.5.3 "Rotture del tendine d'Achille" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, e le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
- h) le ernie addominali traumatiche da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 3.5.2 "Ernie addominali traumatiche da Sforzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- i) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza che non siano riconducibili ad Ebbrezza alcolica, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni, infarto o patologie preesistenti;

- k) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato.

Estensione Territoriale

L' Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dal successivo Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero".

Art. 2.2 - Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari

Sono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

A) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa anche agli Infortuni derivanti da atti di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano e dei Paesi dell'Unione Europea, per un periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello stato estero.

B) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente salvo in caso di legittima difesa.

C) Rischio Volo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero, su Aeromobili, da chiunque eserciti tranne che:

- da società/aziende di Lavoro aereo in

occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da Aeroclub.

Rimangono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei, comunque effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

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

D) Rischio attività sportiva

Le garanzie, sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero e Sport Agonistici.

Sono esclusi:

- a) Sport Professionistici;
- b) Sport ad Alto Rischio;
- c) Sport Motoristici e Motonautici comunque svolti, salvo le Gare di regolarità pura;
- d) Sport Aerei in genere.

Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici le garanzie sono operanti limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente e per la liquidazione dell' Indennizzo si seguiranno i criteri previsti dall' Art. 3.5.1 "Sport Agonistici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

E) Rischio eventi naturali catastrofici

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, le garanzie, limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente, sono operanti anche per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% dei rispettivi capitali assicurati e secondo i criteri di Indennizzo previsto dall' Art. 3.5.4 "Eventi naturali catastrofici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro;
- b) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni e alle relative prove, tranne le Gare di regolarità pura;
- c) guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura;
- d) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera C) "Rischio volo";
- e) guida e uso di mezzi subacquei;
- f) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- g) Ebbrezza Alcolica, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni, infarto o patologie preesistenti limitatamente all'Assicurato che ha determinato e subito l'Infortunio in tali stati;
- h) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero";
- i) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- j) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- k) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali,

epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Art. 2.4 - Garanzie prestate

A) Morte

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato.

La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della Polizza, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari o, in difetto di designazione, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato, se superiore, e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente.

Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

B) Invalidità Permanente

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 3% (Franchigia), accertata secondo i criteri indicati all'Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere dell'Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza della Polizza, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Art. 2.5 - Somme assicurate

La Somma assicurata per ogni persona, salvo quanto diversamente disposto dalla Condizione Specifica A) "Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente", corrisponde a quella riportata nella Scheda di polizza e scelta dal Contraente tra una delle seguenti Combinazioni:

Garanzie	Combinazioni			
	Scelta A	Scelta B	Scelta C	Scelta D
	Somma assicurata			
Morte	€ 30.000,00	€ 50.000,00	€ 100.000,00	-
Invalidità Permanente (Franchigia fissa 3%)	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 200.000,00

Art. 2.6 - Garanzie Supplementari opzionali (operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

Art. 2.6.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del contratto e che abbia comportato un Ricovero continuativo in Istituto di Cura di durata pari o superiore a 2 giorni, la Società rimborsa le spese di cura rese necessarie dall' Infortunio, per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari per visite con medici generici e/ o specialisti nonché in caso di Intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- i medicinali, i trattamenti fisioterapici rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 50% della Somma assicurata;
- gli interventi di chirurgia plastica ed estetica e le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio, entro il limite del 50% della Somma assicurata;
- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di 365 giorni, di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- il rimborso delle spese per le protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre 365 giorni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le paradontopatie;
- il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura, entro

il limite del 50% della Somma assicurata. Il rimborso delle spese viene effettuato dalla Società a cure terminate, dopo la presentazione dei relativi documenti giustificativi in originale (notule, distinte, ricevute di pagamento ecc..) debitamente quietanzate.

La garanzia viene prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 15% con il minimo di € 50 e con il massimo di € 400 per ogni Infortunio, che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria, la Società rimborserà i tickets nonché le spese mediche rimaste a suo carico fino alla concorrenza della Somma assicurata e senza applicazione di alcuno Scoperto.

Sono rimborsabili le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'Infortunio, purché sostenute in vigenza di contratto.

La Somma assicurata annua a disposizione dell'Assicurato per questa garanzia è pari al 2% del capitale previsto in Scheda di polizza per la garanzia Invalidità Permanente della Combinazione prescelta.

Art. 2.6.2 - Diarie da Infortunio

a) Indennità per Ricovero e Convalescenza

In caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day Hospital, reso necessario da Infortunio, la Società a guarigione clinica ultimata, corrisponderà:

- una indennità giornaliera pari a € 40 per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, di almeno 2 giorni consecutivi, una indennità giornaliera pari a € 20 per ogni giorno di degenza.

L'indennità verrà corrisposta per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e uscita dall'Istituto di Cura siano considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della Dimissione.

In caso di Infortunio, occorso all'Assicurato fuori dai confini della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San

Marino, che comporti un Ricovero in un Istituto di Cura del luogo, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera per Ricovero maggiorata del 50% per tutto il periodo della degenza. In aggiunta a quanto sopra previsto in caso di Ricovero, la Società corrisponderà una indennità di Convalescenza per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o di Day Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo di 90 giorni per Infortunio.

b) Indennità per Immobilizzazione

In caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, la Società corrisponderà:

- una indennità giornaliera pari a € 20.

L'indennità verrà corrisposta anche nel caso di applicazione di mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici), purché prescritti:

- in assenza di Ricovero e di Day Hospital, da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero;
- in caso di Ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza dai sanitari dell'Istituto di Cura.

La liquidazione dell'Indennità per Immobilizzazione verrà riconosciuta per ogni giorno di Immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 2.7 - Condizioni specifiche

(operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

A) Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente Persone Assicurate

L'Assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo nucleo familiare che al momento del Sinistro risultino da certificato di stato di famiglia, nonché per le persone che possono essere incluse o escluse dalla

garanzia, specificatamente indicate sulla Scheda di polizza.

Somme assicurate

Le somme assicurate per ciascuna persona appartenente al nucleo familiare, incluso il Contraente, sono pari al 50% dei capitali previsti dalla Combinazione prescelta ed indicata sulla Scheda di polizza e delle somme previste nelle Garanzie supplementari opzionali se operanti.

Viene inoltre stabilito quanto segue:

- nel caso in cui le persone assicurate risultino superiori a 5 unità al momento del Sinistro, le Somme assicurate per ciascun componente si intendono proporzionalmente ridotte e quindi determinate applicando la seguente formula:

$$\left(\frac{50\% \text{ della Somma assicurata relativa alla Combinazione prescelta}}{5} \right) \times \left(5 \text{ unità convenzionali} \right)$$

n. persone effettivamente assicurate

- per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni, al momento del Sinistro, la Somma assicurata per il caso morte si intende ridotta del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, mentre la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata.
 - Qualora nel medesimo evento fossero coinvolte più persone assicurate e la somma delle indennità loro spettanti sia superiore alla somma globalmente assicurata prevista dalla Combinazione prescelta, l'Indennità spettante a ciascuna persona sarà proporzionalmente ridotta e pari alla somma assicurata prevista dalla combinazione prescelta suddivisa tra il numero delle persone assicurate coinvolte nell'evento.
- #### B) Deroga alla Franchigia su Garanzia Invalidità Permanente
- (valida solo per le Combinazioni A e B e nel caso in cui non sia operante la Condizione Specifica A)

A parziale deroga di quanto previsto dal-

l'articolo 2.4 "Garanzie prestate", lettera B) "Invalidità Permanente", in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità Permanente di qualsiasi entità, accertata se-

condo i "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", non verrà applicata alcuna Franchigia.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e Scoperti
Morte	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	-
Invalità Permanente	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 3%
Rischio eventi naturali catastrofici	Indennizzo pari al 50% dei capitali assicurati per Morte e Invalità Permanente	Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalità Permanente accertata superiore al 50%
Rimborso spese mediche	Somma assicurata pari al 2% del capitale assicurato per Invalità Permanente <ul style="list-style-type: none"> • medicinali, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • acquisto/noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione: periodo massimo di 365 giorni; • trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il limite del 50% della Somma assicurata 	<ul style="list-style-type: none"> • Scoperto del 15% con il minimo di € 50 e con il massimo di € 400 per ogni Infortunio. • Nessuno Scoperto in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria.
Indennità per Ricovero e Convalescenza	RICOVERO <ul style="list-style-type: none"> • € 40 per ogni giorno di degenza • € 20 per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital di almeno 2 giorni consecutivi Massimo 365 giorni per ogni Infortunio. In caso di Ricovero all'estero, indennità giornaliera maggiorata del 50% CONVALESCENZA Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero/Day Hospital, purché la degenza sia stata di almeno 2 giorni consecutivi Massimo 90 giorni per ogni Infortunio	-
Indennità per Immobilizzazione	€ 20 Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	-
Estensione nucleo familiare	Le Somme assicurate per ciascuna persona sono pari al 50% dei capitali previsti dalla Combinazione prescelta. Per i minori la Somma assicurata per il caso Morte è ridotta del 50% mentre quella per Invalità Permanente si intende maggiorata del 50%	-
Deroga alla Franchigia Invalità Permanente	Valida solo per le Combinazioni di Somme assicurate A e B e nel caso in cui non sia operante la Condizione Specifica lettera A)	Nessuna Franchigia

3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 3.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società, o all'agenzia a cui è assegnata la Polizza, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto disposto dall'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 3.2 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'Infortunio 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.

Art. 3.3 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza dell'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato, se superiore, e quanto già pagato per l'Invalidità Permanente.

Art. 3.3.1 - 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 corrisponderà ai beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso morte.

Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli artt. 726 e 727 del Codice di procedura civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione).

Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente residua.

Art. 3.4 - Criteri di valutazione dell' Invalidità Permanente

La valutazione dell' Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella successiva TABELLA DI VALUTAZIONE ed i seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta.
- Nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.
- La perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invali-

dità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

- Nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
- In caso si perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
- Per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente, tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

Arto/Organo	% di Invalidità Permanente in caso di perdita totale anatomica o funzionale	
Un arto superiore	70%	
Una mano o avambraccio	60%	
Un pollice	18%	
Un indice	14%	
Un medio	8%	
Un anulare	8%	
Un mignolo	12%	
Una falange del pollice	9%	
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Un piede	40%	
Entrambi i piedi	100%	
Un alluce	5%	
Un altro dito del piede	1%	
Una falange dell'alluce	2,5%	
Un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile	2%	
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
Un occhio	25%	
Entrambi gli occhi	100%	
Un rene	15%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Perdita totale della voce	30%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	una vertebra cervicale	12%
	una vertebra dorsale	5%
	12° dorsale	10%
	una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo.	1%	
Esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile	3%	
Instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore	9%	

Art. 3.5 - Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per Invalidità

Permanente totale la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente".

TABELLA DI INDENNIZZO

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Garanzia Base	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Se operante la Condizione Specifica B	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Garanzia Base	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Se operante la Condizione Specifica B
1	0	1	51	100	100
2	0	2	52	100	100
3	0	3	53	100	100
4	1	4	54	100	100
5	2	5	55	100	100
6	3	6	56	100	100
7	4	7	57	100	100
8	5	8	58	100	100
9	6	9	59	100	100
10	7	10	60	100	100
11	8	11	61	100	100
12	9	12	62	100	100
13	10	13	63	100	100
14	11	14	64	100	100
15	12	15	65	100	100
16	13	16	66	100	100
17	14	17	67	100	100
18	15	18	68	100	100
19	16	19	69	100	100
20	17	20	70	100	100
21	18	21	71	100	100
22	19	22	72	100	100
23	20	23	73	100	100
24	21	24	74	100	100
25	25	25	75	100	100
26	26	26	76	100	100
27	27	27	77	100	100
28	28	28	78	100	100
29	29	29	79	100	100
30	30	30	80	100	100
31	31	31	81	100	100
32	32	32	82	100	100
33	33	33	83	100	100
34	34	34	84	100	100
35	35	35	85	100	100
36	36	36	86	100	100
37	37	37	87	100	100
38	38	38	88	100	100
39	39	39	89	100	100
40	40	40	90	100	100
41	41	41	91	100	100
42	42	42	92	100	100
43	43	43	93	100	100
44	44	44	94	100	100
45	45	45	95	100	100
46	46	46	96	100	100
47	47	47	97	100	100
48	48	48	98	100	100
49	49	49	99	100	100
50	100	100	100	150	150

Art. 3.5.1- Sport Agonistici

Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici, la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 3.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo", deve intendersi non operante e l' Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:

- sulla parte di Somma assicurata sino a € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte di Somma assicurata eccedente € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Resta inteso che se in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie;
- pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

Art. 3.5.2 - Ernie addominali traumatiche da Sforzo

L'Invalidità Permanente conseguente a ernia addominale traumatica da Sforzo verrà indennizzata con le seguenti modalità:

- se l'ernia, secondo parere medico, risulta operabile, la Società non corrisponde alcun Indennizzo;
- se l'ernia, secondo parere medico, risulta non operabile, la Società corrisponde un Indennizzo in base al grado eventualmente residuo, valutabile in ogni caso in misura non superiore al 10% dell' Invalidità Permanente totale.

In caso di contestazioni circa l'operabilità e

la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 3.9 "Arbitrato irrituale".

Art. 3.5.3 - Rotture del tendine d'Achille

In caso di rottura del tendine d'Achille la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 3.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo", deve intendersi non operante.

La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000.

Art. 3.5.4 - Eventi naturali catastrofici

La tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 3.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo" deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

L' Indennizzo verrà corrisposto in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con deduzione di una Franchigia assoluta del 10%. Per Invalidità Permanente accertata superiore al 50% la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie.

Art. 3.6 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Supplementari opzionali

Per l' Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Rimborso spese mediche da Infortunio e Diarie da Infortunio di cui all' Art. 2.6 "Garanzie Supplementari opzionali", valgono le norme previste nelle singole sezioni di garanzia.

Art. 3.7 - Anticipo Indennizzo

A) Per Invalidità Permanente

Trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 25.000 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull'indennizzabili-

tà dell'Infortunio;

- 2) risulti prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Invalidità Permanente superiore al 5%.

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che danno diritto all'anticipo, salvo sempre il diritto della Società alla restituzione in seguito all'emergere di fatti che comportino l'ineroperatività anche parziale della garanzia.

B) Per indennità per Ricovero e convalescenza (se operante la garanzia)

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero di almeno 60 giorni senza soluzione di continuità, certificato da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a 30 giorni a titolo di anticipazione dell'Indennizzo dovuto.

Il pagamento dell'acconto non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità pattuite, pertanto in caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto all'Indennizzo, l'Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 3.8 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a ogni azione di rivalsa per gli Indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 3.9 Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia Contraente di Polizza.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali. In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti; questa perizia collegiale è valida anche se uno dei medici non la sottoscrive.

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.

ALLEGATO A - ATTIVITÀ NON ASSICURABILI

- Addestratori di animali
- Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie con manutenzione e riparazione
- Addetto ai giardini zoologici
- Addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione
- Addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di esplosivi e contaminanti
- Addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere
- Addetto allo spurgo pozzi neri e manutenzione reti fognarie
- Addetto cave con uso di esplosivi
- Aeronautica (in servizio permanente effettivo) assicurabile solo a terra
- Aeronautica (in servizio permanente effettivo) corpi speciali assicurabile solo a terra
- Agente di Pubblica Sicurezza
- Agente di Pubblica Sicurezza corpi speciali
- Artista di strada
- Atleta/sportivo professionista
- Ballerina/o professionista
- Cantante professionista
- Carabiniere
- Carabiniere corpi speciali
- Collaudatore di veicoli/velivoli in genere
- Custode di zoo
- Disinfestatore
- Fantino
- Fotoreporter inviato di guerra
- Giornalista/cronista inviato all' estero/speciale di guerra
- Giostraio
- Guardia del corpo
- Guardia di finanza
- Guardia di finanza corpi speciali
- Guardia giurata con trasporto di valori
- Guida alpina
- Investigatore/Detective privato
- Istruttore sportivo
- Marina militare
- Marina militare corpi speciali
- Marinaio
- Marmista che lavora in cave con uso di mine
- Militare (in servizio permanente effettivo)
- Militare (in servizio permanente effettivo) corpi speciali
- Minatore
- Palombaro
- Personale che lavora in galleria
- Personale di bordo di mezzi aerei
- Personale di circhi equestri ed artisti acrobati
- Pilota aerei
- Pirotecnico
- Politico titolare di carica istituzionale pubblica nazionale
- Questore
- Radiologo
- Regista
- Skipper
- Sommozzatore
- Speleologo
- Stuntman
- Tecnico di Laboratorio
- Verniciatore all' esterno di navi
- Vigilantes con trasporto di valori
- Vigile del fuoco
- Vigile del fuoco corpi speciali

Testo articoli del Codice Civile, del Codice della Navigazione e del Codice di Procedura Civile richiamati in Polizza.

CODICE CIVILE

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58, può essere dichiarata la Morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 – Condizione e forme della dichiarazione di Morte presunta

La dichiarazione di Morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione

dell'atto di Morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di Morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospendere l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del

Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la Somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al

rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In

questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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 in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto

se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1912 – Terremoto, Guerra, Insurrezione, Tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1915 – Inadempimento dell' obbligo di avviso o di salvataggio

L' Assicurato che dolosamente non adempie l' obbligo dell' avviso o del salvataggio perde il diritto all' indennità. Se l' Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l' indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 211 – Conseguenze della scomparsa in mare

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell' articolo 145 dell' ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell' autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l' autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l' autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l' annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorsi due anni dall' avvenimento, viene dichiarata la Morte presunta a norma dell' articolo 60 n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

Le conseguenze della scomparsa da bordo o per perdita dell' aeromobile sono regolate dagli articoli 211 e 212. Le competenze dell' autorità marittima sono attribuite all' autorità di pubblica sicurezza.

Art. 726 - Domanda per la dichiarazione di morte presunta

La domanda per la dichiarazione di morte presunta si propone con ricorso, nel quale debbono essere indicati il nome, cognome e domicilio dei presunti successori legittimi dello scomparso e, se esistono, del suo procuratore o rappresentante legale e di tutte le altre persone, che, a notizia del ricorrente, perderebbero diritti o sarebbero gravate da obbligazioni per effetto della morte dello scomparso.

Art. 727 - Pubblicazione della domanda

Il Presidente del tribunale nomina un giudice a norma dell' articolo 723 e ordina che a cura del ricorrente la domanda, entro il termine che egli stesso fissa, sia inserita per estratto, due volte consecutive a distanza di dieci giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e in due giornali, con invito a chiunque abbia notizie dello scomparso di farle pervenire al tribunale entro sei mesi dall' ultima pubblicazione. Se tutte le inserzioni non vengono eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata.

Il presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

Ed. 01/07/2014

3

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra So-

cietà per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it