



UNIPOL INFORTUNI PREMIUM 2.0

Assicurazione Infortuni e Salute

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- **INFORMATIVA PRIVACY**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali con prestazioni di Assistenza, cui sono abbinabili le coperture Malattia e Tutela Legale.



Che cosa è assicurato?

Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito Unipol) presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. massimale/somma assicurata).

- ✓ **INFORTUNI:** conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività. La copertura Infortuni prevede in caso di Infortunio professionale e/o extraprofessionale scelta tra le forme "Tempo libero e Lavoro" o "Lavoro" o "Tempo libero" la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:
 - **Morte:** pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in caso di decesso. Il medesimo Indennizzo è previsto in caso di Stato Comatoso Irreversibile.
 - **Invalidità Permanente da Infortunio:** pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità Permanente accertata distinguendo nella quantificazione - a seconda delle tabelle d'Indennizzo applicate - tra diversi scaglioni d'Invalidità.

In abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

- **MALATTIA:** pagamento a favore dell'Assicurato di un'indennità giornaliera in caso di Ricovero in Istituto di Cura o di Day Hospital reso necessario da Malattia, parto o aborto terapeutico.

La garanzia opera, a seconda della scelta, nella forma di:

- **Indennità per Ricovero:** a guarigione clinica ultimata viene corrisposta l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza;
- **Indennità per Ricovero e Convalescenza:** In aggiunta all'Indennità per Ricovero viene corrisposta una indennità per Convalescenza da Malattia.
- **TUTELA LEGALE:** spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, occorrenti al Contraente e/o all'Assicurato per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nell'ambito dei casi previsti contrattualmente relativi alle lesioni fisiche, psichiche e/o morali.
- **ASSISTENZA:** prestazione di immediato aiuto quali l'invio di medici, di infermieri, di fisioterapisti, il rientro sanitario con autoambulanza e varie altre nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà. Vengono offerti servizi di supporto informatico da parte di operatori telefonici per la prevenzione del Rischio (Blog/Pharma Checker/prenotazione Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata). Per accedere ai Servizi occorre registrarsi sull'app "SiSalute Up".

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

INFORTUNI: Garanzia Plus / Rimborso spese mediche da Infortunio / Indennità per Ricovero / Indennità per Ricovero e Convalescenza / Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura / Inabilità Temporanea da Infortunio (Inabilità Integrale - Inabilità Parziale - Inabilità Totale).

Condizioni Specifiche [a pagamento]:

INFORTUNI: Adozione della Tabella INAIL/Modifica franchigia Invalidità Permanente Classic (Invalidità Permanente con Franchigia 3%, Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 0% a 10%, Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%, Invalidità Permanente con Franchigia Unipol Plus)/Supervalutazione specifica per parti anatomiche/Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente, Indennità forfettaria per frattura, Indennità forfettaria per gravi ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia/ Indennità globale per Immobilizzazione/Invalidità Permanente da Danno Estetico/Sport ad Alto Rischio/ Sport Motoristici e Motonautici/ Sport Aerei.

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono oggetto di copertura i danni causati con dolo dell'Assicurato o del Contraente.
- ✗ **INFORTUNI:** non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.
- ✗ **MALATTIA:** non sono assicurate le alterazioni dello stato di salute che non siano clinicamente diagnosticabili o che consistano in malformazioni o difetti fisici, o che siano dipendenti da Infortunio.
- ✗ **ASSISTENZA:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti (indicati in percentuale del danno indennizzabile) e Franchigie (indicate in cifra fissa, in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le Indennità) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da Garanzie Supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

- ! **INFORTUNI:** guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici.
- ! **MALATTIA:** patologie preesistenti alla decorrenza delle garanzie e note all'Assicurato; le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale; malattie causate da alcolismo cronico e/o da tossicodipendenza.
- ! **TUTELA LEGALE:** diritto di famiglia, successioni e donazioni; materia fiscale o amministrativa; per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.
- ! **ASSISTENZA:** eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni; dolo dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura in generale vale dove è ubicato il Rischio assicurato con le seguenti precisazioni:
- ✓ **INFORTUNI:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **MALATTIA:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **TUTELA LEGALE:** l'Assicurazione vale per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente, a seconda delle garanzie offerte, nei territori di seguito indicati:
 - nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein. In ogni caso, solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del rimborso di € 5,000;
 - nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.
- ✓ **ASSISTENZA:** l'Assicurazione ha validità territoriale in Italia e all'estero a seconda delle Prestazioni fornite. Le prestazioni previste dai Servizi SiSalute operano in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.
- Inoltre, devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione della Polizza e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di sinistro.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Il Premio può essere frazionato in rate trimestrali, quadrimestrali, semestrali oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. Previo accordo di Unipol il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in 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 di Unipol al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo e in tal caso, in assenza di disdetta, si rinnova per un anno - e così successivamente - o senza tacito rinnovo, e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza. Inoltre, se è pattuito il tacito rinnovo e Unipol comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del Premio comporta che il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta mediante lettera raccomandata, fax o PEC a Unipol. Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda la sezione MALATTIA Unipol rinuncia alla facoltà di esercitare il diritto di recesso per Sinistro.

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta mediante lettera raccomandata, fax o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione.

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai 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 trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza.

Assicurazione Infortuni e Salute



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOL Infortuni Premium 2.0

Data 01/01/2025 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Scopo Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società. Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; sito internet: www.unipol.it; e-mail: info-danni@unipol.it; PEC: unipol@pec.unipol.it, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero disponibile presso il sito unipol.it/informazioni-societarie. Con effetto a far data dal 31 dicembre 2024 Unipol Gruppo S.p.A., già società di partecipazione assicurativa capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol, ha incorporato la controllata UnipolSai Assicurazioni S.p.A., acquisendone per l'effetto le autorizzazioni all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa ed assumendo la denominazione di Unipol Assicurazioni S.p.A. Il bilancio d'esercizio di Unipol Gruppo al 31 dicembre 2023 espone un patrimonio netto di 6.177 milioni di euro, di cui capitale sociale per 3.365 milioni di euro e totale riserve patrimoniali per 2.434 milioni di euro. Unipol Gruppo, quale società di partecipazione assicurativa, non era in precedenza tenuta a redigere la relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR), che sarà redatta per la prima volta da Unipol Assicurazioni S.p.A. con riferimento alla data del 31 dicembre 2024 e sarà pubblicata nei termini di legge. Con riferimento al 31 dicembre 2023 Unipol Gruppo ha redatto e pubblicato la Relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria del Gruppo Unipol, disponibile sul sito internet della società al seguente link <https://www.unipol.it/it/relazione-sulla-solvibilita-e-condizione-finanziaria-2023>.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

La Sezione Infortuni viene proposto in tre forme di copertura alternative tra loro **TEMPO LIBERO E LAVORO/LAVORO/TEMPO LIBERO**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.1, pag.13 di 76.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO: Adozione della Tabella di indennizzo SMART: vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.6.1, pag. 28 di 76

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: INFORTUNI Garanzia Plus: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.1, pag.18 di 76. **Rimborso spese mediche da Infortunio**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.2, pag.20 di 76. **Indennità per Ricovero**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.3, pag.21 di 76. **Indennità per Ricovero e Convalescenza**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.4, pag.21 di 76. **Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.5, pag.21 di 76. **Inabilità Temporanea da Infortunio**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.6, pag.21 di 76. **Adozione della Tabella INAIL**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.1, pag.23 di 76. **Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.2, pag.23 di 76. **Supervalutazione specifica per parti anatomiche**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.3, pag.24 di 76. **Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.4, pag.25 di 76. **Indennità forfettaria per frattura**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.5, pag.25 di 76. **Indennità forfettaria per gravi Ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.6, pag.25 di 76. **Indennità globale per Immobilizzazione**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.7, pag.25 di 76. **Invalidità Permanente da Danno Estetico**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.8, pag.25 di 76. **Sport ad Alto Rischio**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.9, pag.27 di 76. **Sport Motoristici e Motonautici**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.10, pag.27 di 76. **Sport Aerei**: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.11, pag.27 di 76.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. **INFORTUNI:** Invalità Permanente Classic: Franchigia 5%//Invalità Permanente accertata pari o superiore al 15%, nessuna Franchigia. Invalità Permanente Top Target: Franchigia 30%. Rimborso spese mediche da Infortunio: Scoperto 10% con il minimo di €.50 e il massimo di €.250 per ogni Infortunio se strutture sanitarie non convenzionate. Indennità per Ricovero e Convalescenza: Degenza di almeno 2 giorni consecutivi. Inabilità Temporanea da Infortunio: per Somme assicurate inferiori o uguali a €.50: 7 giorni di Franchigia in cui non sarà riconosciuto alcun Indennizzo//a partire dall'8° giorno sarà corrisposta un'indennità giornaliera pari all'intera Somma assicurata. Per Somme assicurate superiori a €.50: 7 giorni di Franchigia in cui non sarà riconosciuto alcun Indennizzo//dall'8° al 15° giorno sarà corrisposto un'indennità giornaliera pari a €.50//a partire dal 16° giorno sarà corrisposta un'indennità giornaliera pari all'intera Somma assicurata. **MALATTIA:** Indennità per Ricovero e Convalescenza: Degenza di almeno 2 giorni consecutivi. Sono altresì previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni: **INFORTUNI-non opera per gli Infortuni determinati da:** pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto da Estensioni di garanzia//pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio, salvo quanto previsto dalle Condizioni Specifiche - Estensione altri Sport//regate transoceaniche//pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici o Motonautici salvo quanto previsto dalle Condizioni Specifiche - Estensione altri Sport. Rimangono comunque sempre escluse le gare Sprint e Gasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster, Stock-car e gare di Off-Shore//pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei salvo quanto previsto dalle Condizioni Specifiche - Estensione altri Sport//guida e uso di mezzi subacquei//delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa//guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto da Estensioni di garanzia//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)//azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza e alcolismo cronico. Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione: l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e le infezioni da HIV e da virus epatitici contratte a seguito di infortunio indennizzabile//lo svolgimento delle Attività Professionali previste dall'elenco delle Attività Assicurabili con Patto Speciale contrattualmente indicate. Qualora risulti assicurato personale appartenente a Forze dell'Ordine/Corpi Militari, si intendono comunque esclusi dalla copertura gli infortuni occorsi durante: eventuali missioni all'estero//lo svolgimento delle seguenti attività, seppur rientranti tra le mansioni del corpo di appartenenza, ovvero: paracadutismo//attività subacquee in genere//scalata di rocce o di ghiacciai//pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili//speleologia. **MALATTIA-non è operante per:** aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze//terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale//prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza)//ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura//cure odontoiatriche e delle parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza//conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza//conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali//conseguenze di eruzioni vulcaniche//HIV e gli stati patologici correlati ad essa. **TUTELA LEGALE-non è operante per:** pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere//controversie in materia di lavoro dipendente o autonomo o relative all'attività d'impresa degli assicurati//fatti dolosi degli assicurati//proprietà di veicoli, aeromobili, imbarcazioni, navi e natanti da diporto//adesione ad azioni di classe (class action)//contratti finanziari, bancari e a polizze RCA//controversie con la Società riferite alla presente Polizza//controversie derivanti da prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva//controversie derivanti da parto o da aborto terapeutico. **ASSISTENZA-non è operante per:** atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni//conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Unipol Infortuni Premium 2.0 è rivolto a: persone fisiche, inclusi i nuclei familiari dei contraenti, relativamente alle attività professionali ed extraprofessionali svolte; persone giuridiche, relativamente alle attività professionali ed extraprofessionali svolte da soggetti identificati. In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni e di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,50% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy - Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI); Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipol.it , oppure utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito www.unipol.it . I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. Ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy deve fornire il riscontro nel termine massimo di 45 giorni (60, se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente o dell'intermediario a titolo accessorio e relativi dipendenti e collaboratori.) Ulteriori informazioni sui reclami riguardanti il comportamento degli intermediari sono consultabili sul sito www.unipol.it .
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it , anche con il modello ivi disponibile.

PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Unipol con le modalità indicate nel DL n.132/2014 (convertito in L.n.162/2014)
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato irrituale: In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo 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 decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. TUTELA LEGALE: in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: 2,5% Infortuni//2,5% Malattia//21,25% Tutela Legale//21,25% Perdite Pecuniarie per alcuni Indennizzi di cui alla Garanzia Plus (Infortuni)//10% per Assistenza. Detrazione fiscale. Applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio Morte e/o Invalidità permanente non inferiore al 5%. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.
--	---

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).

UNIPOL INFORTUNI PREMIUM 2.0

Assicurazione Infortuni e Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01205 / 000 / 00000 / C - Ed. 01 / 01 / 2025

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti.

GLOSSARIO	1 di 76
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6 di 76
2. SEZIONE INFORTUNI	13 di 76
3. SEZIONE MALATTIA	35 di 76
4. SEZIONE TUTELA LEGALE	38 di 76
5. SEZIONE ASSISTENZA	42 di 76
6. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	51 di 76
ALLEGATO - TABELLA DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI	70 di 76
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	73 di 76

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi contrassegnati da simboli, facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali. In essi sono indicati: risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità , punti su cui porre particolare attenzione , recapiti a cui rivolgersi .

E' bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

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.

Animale: cane o gatto di proprietà dell'Assicurato e che vive in modo continuativo con l'Assicurato.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

ARAG: l'impresa di assicurazione ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in Viale del Commercio 59 - 37135 Verona, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri Tutela Legale.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.

Assistenza: l'assicurazione rientrante nel ramo 18 di cui all'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che consiste nell'offrire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto al seguito del verificarsi di un evento fortuito, entro i limiti convenuti nel contratto.

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.

Calciatore Professionista: intendendosi per tale l'atleta tesserato ad una Società di calcio di Serie A, di Serie B o di Serie C (Lega Pro) o l'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie A. Si intende equiparato a Calciatore Professionista anche l'atleta tesserato ad una società di calcio di Serie D (Lega Nazionale Dilettanti) o l'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie B.

Carenza: è il periodo di tempo, riferibile alla sola prima Annualità assicurativa ed immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Centrale Operativa: la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che, durante l'orario 8.30 - 19.30, dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi), provvede a organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate.

Classe di Rischio: insieme delle attività che ai fini dell'Assicurazione presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio o Malattia, indennizzabile a termini di Polizza.

Day-Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e

mediche (con esclusione di accertamenti al solo scopo di diagnostica preventiva) e documentate da cartella clinica dalla quale risulti il periodo di effettiva permanenza dell'Assicurato nella Struttura.

Difetto Fisico/Malformazione: alterazione anatomica non evolutiva, congenita o acquisita per Malattia o Infortunio, che sia evidente e/o che sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula della Polizza.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.

Fase giudiziale: la fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale: la fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo fra le parti, anche con la mediazione e la negoziazione assistita, senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Fatto illecito: l'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Forma di copertura: ambito di operatività della copertura assicurativa Infortuni, indicata in Polizza.

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: intendendosi per tale l'applicazione a seguito di Infortunio di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno.

È ammessa anche l'applicazione di mezzi di contenzione/tutori amovibili e preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e purché prescritti:

- da una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso, in assenza di Ricovero e di Day-Hospital;
- da un medico ambulatoriale e purché la lesione sia stata accertata con esami strumentali;
- dai sanitari dell'Istituto di Cura, nel corso della degenza, in caso di Ricovero o di Day-Hospital.

Inabilità Temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza.

Indennizzo/Rimborso: 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: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

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: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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 cinematografiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione, collaudo - voli prova - sorveglianze 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.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto Fisico e non sia dipendente da Infortunio.

Malattie congenite: malattie esistenti dalla nascita e la cui origine risale alla vita intrauterina.

Massimale: la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di Sinistro.

Nucleo familiare: le persone risultanti dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato alla data del Sinistro.

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, 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 un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Recesso: scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.

Responsabilità contrattuale: la responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte nei confronti dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale: la responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un Fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura. La degenza in ospedalizzazione domiciliare viene parificata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: importo che rimane a carico dell'Assicurato espresso in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzato che spetterebbe in assenza dello Scoperto stesso.

Servizi SiSalute: servizi organizzati e gestiti dalla società SiSalute S.r.l.

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 di un evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SiSalute: la Società di servizi, SiSalute S.r.l., interamente controllata da UniSalute S.p.A., con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione dei Servizi SiSalute.

Società: l'Impresa assicuratrice, Unipol Assicurazioni S.p.A..

Somma assicurata: la somma indicata in Polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell'Indennizzo/Rimborso.

Spese di giustizia: le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

Spese peritali: somme spettanti al perito anche in qualità di consulente di parte (C.T.P.) o di consulente d'ufficio nominato dal giudice (C.T.U.).

Sport Aerei intendendosi per tali 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, dirigibili ultraleggeri, deltaplani, paramotori, parapendii, apparecchi e/o attrezzi per il volo da diporto o sportivo, paracadutismo.

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati da persone di età pari o superiore a 12 anni, in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e comunque specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico.

Resta tuttavia inteso che le attività sportive praticate con le predette modalità, riguardanti persone di età inferiore a 12 anni verranno comunque considerate come avvenute nell'ambito degli Sport del tempo libero.

Sport ad Alto Rischio intendendosi per tali la pratica di: alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il III grado della scala UIAA o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano combattimento con contatto fisico, base jumping, bungee jumping, bob, canoa fluviale oltre il III grado della scala WW o di difficoltà equivalente, danze aeree, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, canyoning (torrentismo), football americano, free climbing, free ride e helisnow, hockey, hydrospeed, guidoslitta e motoslitta, jet ski/moto d'acqua, kite surf, lotta nelle sue varie forme, parkour, pugilato, rafting, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremi (intendendosi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita), slittino (skeleton), snowrafting, speleologia.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuate in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico. Rientrano nell'ambito della pratica di sport del tempo libero anche le attività sportive che comportino la partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, nonché a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

Sport Motoristici/Motonautici intendendosi per tali quelli che prevedono:

- l'utilizzo, anche come passeggero, di autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo di predetti veicoli, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura.
- l'utilizzo, anche come membro dell'equipaggio, di: moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore sia su circuiti, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni, prove e allenamenti.

Sport Professionistici: quelli svolti in maniera continuativa nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti - esclusi i rimborsi spese - che costituisca comunque fonte di reddito per l'Assicurato. In ogni caso rientrano in tale classificazione quelli praticati da coloro che partecipano a competizioni Internazionali come Olimpiadi, campionati Europei, Mondiali, indipendentemente dai compensi percepiti.

Stato Comatoso: stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria ed alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa abbia diretta origine da un Infortunio.

Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistenze e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

Stato Comatoso Irreversibile: Stato Comatoso che si è protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi.

Struttura Organizzativa: la struttura di UniSalute attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla garanzia Assistenza.

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo per usufruire di tariffe agevolate per le prestazioni.

Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

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".

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

UniSalute: l'impresa di assicurazione UniSalute S.p.A., con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei Sinistri Assistenza.

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti Condizioni di Assicurazione:

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in 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. 1.2 - Durata del contratto e sconto per poliennalità¹

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, per ciascuna Annualità assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. Nel caso di adeguamento automatico delle Somme assicurate e del Premio, anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

Art. 1.3 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza²

Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente se è stipulato con tacito rinnovo e in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la Società, alla scadenza del Contratto, qualora intervengano

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?

L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione del contratto. Se la durata poliennale è superiore a cinque anni il Cliente potrà recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata.

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?

Dipende da cosa è stato pattuito al momento della conclusione del contratto. Se il contratto è stato concluso "senza tacita proroga" la copertura assicurativa cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura. Se invece l'Assicurazione è stata stipulata "con tacita proroga" la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Cliente o la Società non decideranno di dare disdetta con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza.

In caso di stipula "con tacita proroga", inoltre, a seguito di variazioni tariffarie dei Rischi assicurati la Società può proporre al Cliente - comunicandoglielo almeno 30 giorni prima della scadenza - un nuovo Premio: se il Cliente non accetta è sufficiente che non paghi il nuovo Premio e il contratto risulterà cessato alla scadenza, a meno che non sia previsto il pagamento in rate mensili con addebito ricorrente, perché in quest'ultimo caso deve prendere contatto con la propria Agenzia entro il termine di scadenza della Polizza per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di Polizza. Nel caso in cui non venga riattivato l'automatismo di addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

modifiche nella tariffazione dei Rischi oggetto del contratto, metterà a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso comunicazione inviata almeno 30 giorni prima della scadenza al Contraente stesso. Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio proposto equivale ad accettazione e comporta il rinnovo del contratto che viene variato solo in tale elemento. Nel caso in cui il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio e non provveda al pagamento, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

Qualora il pagamento del Premio sia stato frazionato in 12 rate mensili e il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio, al fine di interrompere l'addebito ricorrente dovrà prendere contatto con la propria Agenzia entro il termine di scadenza della Polizza per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di Polizza. Nel caso in cui non venga riattivato l'automatismo di addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

Se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

Art. 1.4 - 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, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diventa efficace:

- dopo 30 giorni dalla data di invio quale risultante dal timbro postale se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro postale o del rapporto fax o della PEC se inviata dal Contraente.

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

L'eventuale incasso di Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro ed il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso. Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda la Sezione Malattia, la Società rinuncia alla facoltà di esercitare il diritto di Recesso per Sinistro.

Quando e come devo pagare

Art. 1.5 - Pagamento del Premio³

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio⁴

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta. Esso viene determinato, al momento della sottoscrizione del contratto, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo.

4 Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se sottoscritto, non potrà essere operante. Pertanto, se in Polizza è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione; se il Premio è frazionato, al saldo di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si attesta l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 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 effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.7 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri di frazionamento, mediante addebito ricorrente. Ove richiesto dal Contraente tale frazionamento e concesso dalla Società, la Società e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

A. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio tramite addebito ricorrente

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

Il pagamento delle rate mensili del Premio con addebito ricorrente può avvenire, a scelta del Contraente, attraverso una delle seguenti modalità:

- *SEPA Direct Debit (S.D.D.);*
- *Addebito su Carta di Credito;*
- *Addebito su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate.*

L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il Contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla Società dell'eventuale revoca. Cessa automaticamente con la cessazione del contratto assicurativo

A.2 Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente deve:

- (i) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla Società sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo email e numero di cellulare;
se persona giuridica, comunicare indirizzo PEC della persona giuridica, nonché identificare un soggetto persona fisica, autorizzato dalla persona giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivi il profilo di Area Riservata;
- (ii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente per la corresponsione del Premio del contratto assicurativo tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1. che precede;
- (iii) provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del Premio convenuto (o importo differente in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla Società, nonché
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo mediante rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato al contratto assicurativo.

Durante la validità del contratto assicurativo e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente dovrà comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie/Carte di Credito/Carte di Debito o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso. In ogni caso il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1, recandosi in Agenzia o direttamente dalla propria Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società effettuerà le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo in modalità digitale (a titolo esemplificativo direttamente su Area Riservata e/o all'indirizzo di posta elettronica/PEC o al numero di cellulare indicati al momento dell'emissione del contratto) e, pertanto, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi in Agenzia o direttamente tramite la propria Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite metodo ricorrente da parte del Contraente **autorizza la Società a inviare all'Istituto di Credito o Istituto di Moneta Elettronica, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del Premio.**

La Società provvederà ad addebitare al Contraente l'importo corrispondente alla rata mensile di Premio con le seguenti tempistiche:

- 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

La Società, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e a mettere a disposizione in Area Riservata e APP la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio. Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) da parte della Società nei confronti del Contraente.

B.2 Mancato addebito

Nel caso in cui la Società riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente l'esito negativo del pagamento e **la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata e non procederà all'addebito di eventuali altre rate successive.**

Qualora si sia verificato il mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente fornito sia ancora valido, la Società proverà a effettuare ulteriori tentativi di addebito della rata insoluta, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente fornito non sia più valido nel periodo di vigenza del contratto e ci siano rate di Premio insolute, il Contraente deve fornire un nuovo metodo di pagamento ricorrente **tra quelli indicati all'articolo A.1; in caso contrario la concessione del frazionamento mensile è revocata e il Contraente è tenuto a pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.**

Se il Contraente fornisce un nuovo metodo di pagamento ricorrente, tale metodo si intende operante a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, **il Contraente dovrà provvedere al pagamento di quest'ultima rata insoluta utilizzando l'Area Riservata o l'APP o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.**

In ogni caso, qualora siano trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunicherà la revoca della concessione del frazionamento mensile e il Contraente sarà tenuto a pagare tutte le rate restanti in un'unica soluzione **utilizzando l'Area Riservata o l'APP di Unipol o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.**

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Qualora il metodo di pagamento del contratto assicurativo sia SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare del metodo di pagamento si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, **il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un nuovo metodo di pagamento qualora quello fornito non sia più valido.**

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che alla scadenza intende rinnovarlo - **sempreché la Società mantenga la disponibilità al frazionamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri e con pagamento con addebito ricorrente - dovrà accettare le condizioni di rinnovo entro 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza del contratto,** per consentire la prosecuzione dell'addebito

ricorrente senza soluzione di continuità. Nel caso in cui il metodo di pagamento ricorrente associato sia una Carta di Credito o una Carta di Debito, il predetto termine utile per l'accettazione delle condizioni di rinnovo è ridotto a 2 giorni lavorativi.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà provvedere al pagamento della prima rata concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- il Contraente, prima del pagamento del Premio di rinnovo, è tenuto a corrispondere l'importo delle rate mensili eventualmente non pagate;
- qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei Rischi oggetto del contratto e la Società abbia messo a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso apposita comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza, ai sensi dell'Art. 1.3 – Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza, il Contraente che non intenda accettare il nuovo Premio, dovrà prendere contatto con la propria Agenzia entro il termine di scadenza della Polizza per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di Polizza. Nel caso in cui, non venga riattivato l'automatismo di addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza;
- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se in relazione al Contraente vengano meno al momento del rinnovo uno o più dei requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i), con conseguente obbligo di pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia.

D. Modifica del frazionamento in corso di contratto

Durante la validità del contratto assicurativo la Società provvede alla revoca della concessione del frazionamento mensile, con conseguente obbligo di pagare le rate mensili residue in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia, nei seguenti casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso della Società;
- in relazione al Contraente, qualora vengano meno i requisiti di cui all'articolo A.2., comma (i);
- qualora il Contraente, richieda che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò a causa dell'aggravio dei costi gestionali che ne derivano per la Società e che le impediscono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio essendo senza oneri per il Contraente.

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

Salvo il caso in cui in Polizza sia pattuita la rinuncia all'adeguamento automatico le Somme assicurate, i Massimali, gli importi relativi ad Indennizzi forfettari espressi in cifra assoluta ed i Premi vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie, i minimi ed i massimi di Scoperto, i limiti espressi in giorni, i valori espressi in percentuale, gli importi espressi in cifra assoluta relativamente a:

- i limiti massimi di indennizzo previsti dall'Art. 2.1 Garanzie Base, punto 5) Rischio Sport Agonistici;
- l'importo massimo di cui all'Art. 2.8 Massimale catastofale;
- tutte le prestazioni della Sezione Assistenza.

Che obblighi ho

Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente al momento della stipula del contratto. Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, se il Contraente rilascia tali dichiarazioni erronee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto (ad

esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.10 - Aggravamento del Rischio⁵

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti 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. 1.11 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Altre norme

Art. 1.12 - Identificazione degli Assicurati e scelta PERSONA/NUCLEO FAMILIARE

L'Assicurazione può essere stipulata, a seconda della scelta che viene effettuata dal Contraente e indicata in Polizza, in una delle seguenti forme:

- **PERSONA:** uno o più Assicurati individuati nominalmente in Polizza;
- **NUCLEO FAMILIARE:** due o più Assicurati appartenenti allo stesso Nucleo familiare per il quale viene individuato in Polizza il solo Contraente. Possono essere inoltre incluse fino a 3 persone non appartenenti al Nucleo familiare del Contraente e/o escluse fino a 3 persone presenti nel Nucleo familiare; in entrambi i casi i nominativi andranno specificatamente indicati in Polizza.

Sono escluse dalla copertura della forma NUCLEO FAMILIARE gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento di attività Assicurabili con Patto Speciale di cui all'ALLEGATO TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI.

Art. 1.13 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.14 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, salvo quanto previsto all'Art. 1.7 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente - A.3 Comunicazioni contrattuali.

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 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme assicurate.

5 In che modo è possibile sapere cosa prevede l'Art. 1898 del Codice Civile riguardo a ciò che accade in caso di aggravamento del Rischio in corso di contratto?

Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile - nonché di quelli del Codice di Procedura Civile e del Codice della Navigazione - citati nel contratto, al fondo delle Condizioni di Assicurazione è stata inserita la sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA", nella quale è riportato il testo integrale dei suddetti articoli.



L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo. Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

- Polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali Polizze sia il Contraente del presente contratto;
- Polizze stipulate a copertura del Rischio Infortuni della circolazione;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisiti di beni o servizi non assicurativi;
- garanzie Assistenza.

In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

L'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare delle spese sanitarie e/o legali sostenute.

Art. 1.17 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato se persona fisica, oppure quello della sua sede legale se persona giuridica o associazione.

Art. 1.18 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 - Garanzie Base ⁷

La Società indennizza, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate indicate⁸ in Polizza, le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti, durante l'operatività del contratto, dall'Assicurato nello svolgimento delle attività descritte nella Forma di copertura indicata in Polizza.

Forma di copertura

A) TEMPO LIBERO E LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata in Polizza, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

B) LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata in Polizza, compresi gli Infortuni che si verificano durante il percorso dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza e tragitto inverso.

C) TEMPO LIBERO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità, compresi gli Infortuni che si verificano durante il percorso dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e tragitto inverso. Inoltre se l'attività professionale dichiarata in Polizza dall'Assicurato risulti quella di appartenenza ai corpi militari e/o forze dell'ordine, sono esclusi dal Rischio gli Infortuni occorsi durante gli interventi effettuati dall'Assicurato in ottemperanza alle funzioni istituzionali in orario extra lavoro qualora il medesimo presti servizio presso il corpo militare indicato in Polizza.

6 In ambito di Infortuni la garanzia copre esclusivamente gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale?

Non è detto, la copertura assicurativa è operante in base alla Scelta effettuata dal Contraente il quale può personalizzare la Polizza indicando le attività su cui vuole essere coperto tra Tempo Libero e Lavoro, Lavoro o solamente Tempo Libero.

7 La Garanzia Base copre le spese sanitarie che è necessario sostenere a seguito dell'Infortunio subito?

No, per ottenere il Rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di un Infortunio è necessario integrare la Garanzia Base mediante l'acquisto della Garanzia Supplementare Rimborso spese mediche da Infortunio.

8 Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?

Per avere un quadro chiaro e completo su delimitazioni e sottolimiti, ma anche su Scoperti e Franchigie se presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo di ogni Sezione delle condizioni di Assicurazione.

Eventi garantiti ⁹

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura prescelta sono considerati Infortunio anche i **seguenti eventi**:

- a) l'asfissia di origine non 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 sottocutanee dei tendini. L'Invalidità Permanente sarà liquidata secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 6.5 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini. **Esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle sole garanzie Morte, Invalidità Permanente e Indennità per Ricovero, Indennità per Ricovero e Convalescenza, se richiamate**;
- h) le ernie addominali da Sforzo, **con esclusione di ogni altro tipo di ernia**. L'Invalidità Permanente sarà liquidata secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 6.6 Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo. La copertura è operante per le garanzie Morte, Invalidità Permanente, Indennità per Ricovero, Indennità per Ricovero e Convalescenza, se richiamate;
- i) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j) le lesioni muscolari determinate da Sforzo;
- k) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- l) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- m) le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua.

Estensioni di garanzia

Si intendono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa 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, **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**

2) 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 il caso di legittima difesa.

3) 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.

Non sono indennizzabili i Sinistri avvenuti su Aeromobili gestiti da:

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

9 In caso di eventi particolari come colpi di sole, annegamento, avvelenamento causato dalla puntura di un insetto la copertura assicurativa è operante?

?

Considerato che questi casi possano dar luogo a dubbi rispetto alla classica nozione di Infortunio - con cui si identifica un evento dovuto ad una causa fortuita, violenta ed esterna che provochi morte, invalidità permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto - essi vengono espressamente parificati all'Infortunio e, quindi, compresi nella copertura assicurativa.

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

4) Rischio Sport del tempo libero

Le garanzie, limitatamente alle sole Forme di copertura "Tempo libero e lavoro" e "Tempo libero", sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di **Sport del tempo libero**.

5) Rischio Sport Agonistici

In caso di scelta **PERSONA**, la copertura, nelle sole forme "Tempo Libero e Lavoro" e "Tempo Libero", è prestata per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport Agonistici, limitatamente alle garanzie elencate, se acquistate:

- **Morte**, nel limite del 50% della Somma assicurata indicata in Polizza, con il massimo di € 250.000,00;
- **Invalidità Permanente**, nel limite del 50% della Somma assicurata indicata in Polizza, con il massimo di € 250.000,00.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri e liquidato:

- In caso di scelta Invalidità Permanente CLASSIC, sempre con una Franchigia del 5%, secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.3 Tabella di Indennizzo SMART lettera A) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- In caso di scelta Invalidità Permanente TOP TARGET, con una Franchigia del 30%, secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.2 Tabella di Indennizzo TOP TARGET delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

- **Indennità per Ricovero/Indennità per Ricovero e Convalescenza**, nel limite del 50% della Somma assicurata indicata in Polizza, con il massimo di € 100,00;
- **Rimborso spese mediche**, nel limite del 50% della Somma assicurata indicata in Polizza, con il massimo di € 10.000,00.

La garanzia Rimborso spese mediche viene prestata esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure a strutture sanitarie accreditate di primo soccorso; per le prestazioni in Strutture Sanitarie non convenzionate con Unisalute verrà applicato uno Scoperto del 10% con il minimo di € 200,00.

Le spese a carattere riabilitativo e fisioterapico s'intendono prestate con il limite, per Sinistro, pari al 20% della Somma assicurata.

In caso di scelta **NUCLEO FAMILIARE** valgono le disposizioni di cui all'Art. 2.7 Forma assicurativa e ripartizione delle Somme Assicurate, punto 5).

Indipendentemente dalla forma scelta non sono mai operanti le supervalutazioni previste dagli Artt. 2.5.3 Supervalutazione specifica per parti anatomiche, 2.5.4 Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente né le garanzie previste dagli Artt. 2.5.5 Indennità forfettaria per frattura, 2.5.6 Indennità forfettaria per gravi Ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia, 2.5.7 Indennità globale per Immobilizzazione, 2.5.8 Invalidità Permanente da Danno Estetico, se acquistate.

6) Rischio eventi naturali catastrofici

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, le garanzie, limitatamente ai soli casi Morte, Invalidità Permanente Classic e Top Target, 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% delle rispettive Somme assicurate.

Solo se operante in Polizza la garanzia Invalidità Permanente Classic, l'Indennizzo per tale garanzia sarà determinato sulla base dei criteri previsti dall'Art. 6.9 Eventi naturali catastrofici delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.1.1 - Garanzie prestate

Le seguenti garanzie saranno operanti solo se indicate in Polizza.

a) Morte

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato. L'operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, 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 e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

Se il decesso avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese da questi sostenute per il rimpatrio della salma nel limite del 10% della Somma assicurata, con il massimo di € 10.000.

a.1) Stato Comatoso Irreversibile

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati all'Art. 6.3.2 Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

b) Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio subito dall'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo quanto stabilito all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o all'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro, determinata a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata in Polizza.

Scelte consentite

b.1) Invalidità Permanente Classic - Franchigia 5%¹⁰

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% non è previsto alcun Indennizzo.

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER lettera A) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

10 Ho acquistato la garanzia Invalidità Permanente Classic. A seguito di un'Invalidità Permanente da Infortunio, come viene calcolata la somma che ricevo come indennizzo?

La somma che riceverai come indennizzo dipenderà dai criteri scelti in fase di sottoscrizione della polizza:

- **Criterio di valutazione:** puoi scegliere se mantenere la Tabella di valutazione BASE o, in alternativa, acquistare la Tabella di valutazione INAIL, che presenta condizioni generalmente migliorative per la valutazione dell'Invalidità Permanente.
- **Criterio di indennizzo:** puoi scegliere se mantenere la Tabella di indennizzo SUPER o, in alternativa, richiedere la Tabella di indennizzo SMART, che, a fronte di condizioni diverse per stabilire l'ammontare dell'indennizzo, prevede il riconoscimento in tuo favore di uno sconto sul Premio di Polizza.
- **Franchigia:** L'indennizzo sarà corrisposto al netto di una Franchigia pari al 5%. In alternativa, a seconda dell'attività professionale svolta, puoi decidere di acquistare una condizione specifica a scelta tra Franchigia 3%, Franchigia progressiva da 0% a 10%, Franchigia progressiva da 3% a 10% o Franchigia Unipol Plus.

b.2) Invalidità Permanente Top Target - Franchigia 30%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 30% non è previsto alcun Indennizzo. Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.2 Tabella di Indennizzo TOP TARGET delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - 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, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzie Base - Estensione di garanzia, punto 3) Rischio volo;
- c) pratica di Sport Professionistici;
- d) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio, salvo quanto previsto all'Art. 2.5.9 Sport ad Alto Rischio, se operante;
- e) regate transoceaniche;
- f) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici e/o Motonautici, salvo quanto previsto all'Art. 2.5.10 Sport Motoristici e Motonautici, se operante;
- g) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei, salvo quanto previsto all'Art. 2.5.11 Sport Aerei, se operante;
- h) guida e uso di mezzi subacquei;
- i) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere;
- k) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- l) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzie Base - Estensione di garanzia, punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero e punto 2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;
- m) 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);
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- o) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di:
 - infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza;
 - alcolismo cronico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- p) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e le infezioni da HIV e da virus epatitici contratte a seguito di Infortunio indennizzabile;
- q) lo svolgimento delle Attività Professionali previste dall'elenco delle Attività Assicurabili con Patto Speciale di cui all'Allegato Tabella delle attività professionali delle Condizioni di Assicurazione, salvo diversa pattuizione indicata in Polizza.

Resta inteso che qualora risulti assicurato con la presente Polizza, personale appartenente a Forze dell'Ordine/Corpi Militari, si intendono comunque esclusi dalla copertura gli Infortuni occorsi durante:

- r) eventuali missioni all'estero;
- s) lo svolgimento delle seguenti attività, seppur rientranti tra le mansioni del corpo di appartenenza,

ovvero:

- paracadutismo
- attività subacquee in genere
- scalata di rocce o di ghiacciai
- pilota o membro dell'equipaggio di Aeromobili
- speleologia

Art. 2.3 - Risoluzione dell'Assicurazione

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 80 anni, limitatamente a questa persona, tutte le garanzie indicate in Polizza, relative a tutte le Sezioni, cessano alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età.

Come personalizzare ¹¹

Art. 2.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.4.1 - Garanzia Plus

La Società, nei limiti delle Somme assicurate ed a seguito di Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza, estende l'Assicurazione alle seguenti coperture:

Protezione della famiglia

1) Supervalutazione futuro protetto

Qualora in conseguenza di un medesimo evento si verifichi la morte dell'Assicurato unitamente a quella del rispettivo coniuge o convivente more uxorio, anche non assicurato nel presente contratto, le quote di indennità spettanti a termini di contratto ai figli minori o portatori di handicap dell'Assicurato verranno raddoppiate restando però inteso che il maggiore esborso della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di € 200.000,00 qualunque sia il numero dei Beneficiari minorenni o portatori di handicap.

2) Perdita anno scolastico

Se l'Infortunio occorso all'Assicurato minorenne ha per conseguenza l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in base alle disposizioni ministeriali vigenti, la Società corrisponderà un Indennizzo forfettario pari a € 2.500,00.

La garanzia opera:

- per gli Assicurati minorenni che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria italiane o straniere presenti sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- previa certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi attestante che la perdita dell'anno scolastico è da attribuire alle assenze dalle lezioni;
- previo certificato medico attestante che l'assenza dalle lezioni sia stata diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

3) Rimborso spese mediche per minori non assicurati

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente a carico di un figlio di età inferiore a due

11 È possibile personalizzare la copertura assicurativa?

Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.

A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari e Condizioni Specifiche che ampliano la copertura assicurativa o consentono di modellare alcuni sottolimiti e Franchigie / Scoperti.



anni non Assicurato, la Società riconosce ai genitori, purché entrambi Assicurati, il Rimborso delle spese di cura di cui all'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, sostenute entro due anni dall'Infortunio e fino ad un massimo di € 10.000,00.

4) Invalidità Permanente minorenni assicurati

Se l'Infortunio occorso all'Assicurato minorenne ha per conseguenza una Invalidità Permanente, la Società liquiderà l'Indennizzo spettante all'Assicurato minorenne per la garanzia Invalidità Permanente, maggiorata del 50%.

Protezione della persona

5) Indennità forfettaria per Stato Comatoso

La Società, secondo i criteri indicati all'Art. 6.3.3 Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, corrisponderà l'Indennizzo aggiuntivo forfettario pari ad € 10.000,00 qualora l'Infortunio abbia comportato uno Stato Comatoso dell'Assicurato.

L'Indennizzo aggiuntivo viene corrisposto qualora lo Stato Comatoso sia insorto entro e non oltre 5 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio e permanga trascorsi 5 giorni dalla data di insorgenza così come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

Si conviene che la giornata di insorgenza e la giornata di termine dello Stato Comatoso sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora dell'insorgenza e del termine dello stesso.

Nel caso in cui l'Assicurato si risvegli dallo Stato Comatoso la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte a titolo di Indennizzo.

6) Indennizzo aggiuntivo per Morte da circolazione

In caso di Infortunio mortale indennizzabile a termini di Polizza e subito dall'Assicurato in qualità di:

- CONDUCENTE, abilitato a norma delle disposizioni in vigore, di autovetture, motocicli, ciclomotori, natanti ad uso privato, motocarri ed autocarri adibiti al trasporto di cose per conto proprio, velocipedi;
- TRASPORTATO, su mezzi di locomozione pubblici e/o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone; nel caso di veicolo destinato al trasporto di cose, la garanzia a favore del trasportato è valida in quanto lo stesso si trovi all'interno della cabina di guida;
- PEDONE, investito da qualsiasi veicolo;

la Società, in aggiunta alla Somma già assicurata in Polizza per la garanzia Morte, liquida un Indennizzo forfettario di € 50.000,00.

All'Indennizzo aggiuntivo non si applicano le limitazioni previste dall'Art. 2.1 Garanzie Base, Estensione di garanzia, punto 6) Rischio eventi naturali catastrofici, per gli Infortuni conseguenti ad eventi naturali catastrofici.

7) Sostegno e sicurezza

La Società riconosce in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e conseguente a:

- a) scippo, rapina, tentata rapina, tentato sequestro, estorsione, le seguenti indennità:
 - In caso di **Morte**, ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte maggiorata del 30%;
 - In caso di **Invalidità Permanente** accertata di grado pari o superiore al 60%, l'Indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente maggiorato del 30%;
- b) violenza fisica, qualora sia stata sporta querela alle autorità competenti e l'evento sia stato accertato da un referto medico del Pronto Soccorso, un Indennizzo forfettario pari ad € 2.000,00 per Sinistro e Annualità assicurativa.

8) Adattamento dell'abitazione

In caso di Sinistro che abbia determinato all'Assicurato una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% e si renda necessario far realizzare alcuni adattamenti alla sua abitazione abituale che gli consentano di continuare ad abitarla (per esempio: installazione rampe di accesso, allargamento porta, ecc.), la Società riconosce una indennità forfettaria pari a € 10.000 per Sinistro e Annualità assicurativa.

9) Adattamento dell'autovettura

In caso di Sinistro che abbia determinato all'Assicurato una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% e si renda necessario far realizzare alcuni adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società riconosce una indennità forfettaria pari a € 2.500 per Sinistro e Annualità assicurativa.

Art. 2.4.2 - Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società provvede al Rimborso delle spese di cura sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio, avvenuto durante l'operatività del contratto, e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

- a) accertamenti diagnostici;
- b) onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché, nel caso di Intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti 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;
- c) medicinali, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi eseguiti da medici/paramedici esercenti professione sanitaria secondo la normativa vigente, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall'Infortunio;
- e) rette di degenza;
- f) acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- g) 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 due anni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il Rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari, compreso l'elisoccorso, specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura e/o ambulatorio entro il 50% della Somma assicurata.

La Società provvede al Rimborso delle spese di cura con le seguenti modalità:

1) Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute¹²⁻¹³

Nel caso di ricorso a Strutture Sanitarie Convenzionate, l'Assicurato ha diritto al Rimborso nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuno Scoperto.

2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Nel caso di ricorso a strutture non convenzionate, l'Assicurato potrà scegliere una struttura sanitaria privata o pubblica, sostenere l'esborso anticipato delle spese relative e richiederne successivamente il Rimborso nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Polizza e con l'applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni Infortunio.

3) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc.), la Società rimborserà i ticket nonché le spese sanitarie rimaste a carico dell'Assicurato nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuno Scoperto.

12 Come faccio a sapere quali sono Strutture sanitarie della rete convenzionata con UniSalute?

Per conoscere l'elenco delle Strutture Convenzionate e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

13 Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in Strutture Convenzionate?

Se il Cliente sceglie di usufruire delle prestazioni in Strutture Convenzionate ottiene un triplice vantaggio:

- non deve preoccuparsi di prenotare un medico qualificato, dato che la prenotazione verrà effettuata da UniSalute;
- ha diritto al rimborso nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla somma assicurata indicata in Polizza maggiorata di 1.000,00 €;
- al Sinistro non vengono applicati Scoperti eventualmente previsti.

Nel corso dell'Annualità assicurativa, la Somma assicurata indicata in Polizza deve intendersi unica per le prestazioni indicate alle lettere 1), 2) e 3); l'Assicurato pertanto potrà usufruire della maggiorazione di Indennizzo di cui alle lettere 1) e 3) pari a € 1.000,00 presso le Strutture convenzionate con UniSalute solo dopo aver esaurito la Somma assicurata indicata in Polizza.

Indennità da Infortunio

Art. 2.4.3 - Indennità per Ricovero¹⁴

La garanzia opera, nei limiti della Somma assicurata in Polizza, 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 all'Assicurato:

- l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza;
- il 50% dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno di degenza in caso di Day-Hospital.

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

Per il calcolo delle giornate di Ricovero, agli effetti della presente garanzia, non è conteggiato il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.

In caso di Infortunio occorso all'Assicurato fuori dai confini della Repubblica Italiana, dello Stato 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.

Art. 2.4.4 - Indennità per Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 2.4.3 Indennità per Ricovero, la Società corrisponderà una Indennità per Convalescenza da Infortunio, per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o del Day-Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non venga conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Art. 2.4.5 - Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura

In caso di Infortunio che abbia determinato una frattura scheletrica radiologicamente accertata e per la quale si renda necessaria una Immobilizzazione, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in Polizza sino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Nei casi di applicazione di mezzi di contenzione/tutori amovibili e preconfezionati l'indennità verrà corrisposta - limitatamente alla durata del periodo durante il quale detti presidi svolgono una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica - per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 2.4.6 - Inabilità Temporanea da Infortunio

La garanzia opera, nei limiti della Somma assicurata in Polizza, in caso di Infortunio che abbia determinato come conseguenza una Inabilità Temporanea. Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato secondo le

14 Come funziona il calcolo dell'indennizzo in caso di Ricovero in Istituto di Cura?

Ricovero in Istituto di Cura: 15 giorni [inclusi il giorno di ricovero e quello di dimissione]

Somma Assicurata: 50,00 € per giorno di degenza

Importo liquidato: 14 giorni x 50,00 € = 700,00 € [agli effetti del computo delle giornate di degenza il giorno di dimissione non viene conteggiato]

Per infortunio e ricovero avvenuti fuori dai confini della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino:

Somma Assicurata: 75,00 € [maggiorazione del 50% della somma prevista in polizza]

Importo liquidato: 14 giorni x 75,00 € = 1.050,00 € [agli effetti del computo delle giornate di degenza il giorno di dimissione non viene conteggiato].



seguenti modalità, a seconda della scelta effettuata dal Contraente indicata in Polizza:

a) Inabilità Temporanea Integrale

La Società corrisponderà, per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata in Polizza integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o nella parziale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale dichiarata in Polizza.

b) Inabilità Temporanea Parziale

La Società corrisponderà, per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata in Polizza:

- al 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale dichiarata in Polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte all'attività professionale dichiarata in Polizza.

Tuttavia resta inteso che la Società corrisponderà comunque l'indennità giornaliera integralmente, per un periodo massimo di 90 giorni per Sinistro e per Periodo Assicurativo, qualora l'Infortunio determini uno o più dei seguenti casi:

- un Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi;
- più Ricoveri ospedalieri legati allo stesso Sinistro, la cui singola durata sia stata inferiore a 5 giorni consecutivi ma complessivamente superiore a 30 giorni;
- un'Immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi, con esclusione di quelle riguardanti le dita;
- una Invalidità Permanente di grado accertato pari o superiore al 15%;
- qualora le prime cure siano prestate e certificate da una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso e l'incapacità fisica totale e/o parziale si sia esaurita nel termine pronosticato dal primo certificato rilasciato dai sanitari della detta struttura.

c) Inabilità Temporanea Totale ¹⁵

La Società corrisponderà, per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata in Polizza integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività professionale dichiarata in Polizza.

Per tutte le forme di garanzia di cui ai punti a), b) e c), i giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione delle seguenti Franchigie:

- Per Somme assicurate inferiori o uguali a € 50,00 sono previsti:
 - 7 giorni di Franchigia in cui non sarà riconosciuto alcun Indennizzo;
 - a partire dall'8° giorno sarà corrisposta un'indennità giornaliera pari all'intera Somma assicurata.
- Per Somme assicurate superiori a € 50,00 sono previsti:
 - 7 giorni di Franchigia in cui non sarà riconosciuto alcun Indennizzo;
 - dall'8° al 15° giorno sarà corrisposto un'indennità giornaliera pari a €50,00;
 - a partire dal 16° giorno sarà corrisposta un'indennità giornaliera pari all'intera Somma assicurata.

Le suddette Franchigie per Inabilità Temporanea non si applicano quando l'Infortunio comporti:

- un Ricovero in Istituto di Cura pari o superiore a due giorni;
- un Day-Hospital di un giorno con Intervento chirurgico.

15 Come funziona il calcolo dell'indennizzo?

Esempio garanzia Inabilità Temporanea Totale:

Somma Assicurata: 75,00 €

Inabilità Totale: 20 giorni

Franchigia: 7 giorni

Indennizzo dall'8° al 15° giorno: 50,00 €

Indennizzo dall'16° al 20° giorno: 75,00 €

Importo liquidato: (8 giorni x 50,00 €) + (5 giorni x 75,00 €) = 775,00 €.



L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.5 - Condizioni Specifiche (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Condizioni Specifiche di seguito proposte; la Condizione sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

Modifica tabella di valutazione e Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 2.5.1 - Adozione della tabella INAIL

A parziale deroga di quanto disposto all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, l'Invalidità Permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL.

Art. 2.5.2 - Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic

A parziale deroga di quanto disposto alla lettera b.1) Invalidità Permanente Classic - Franchigia 5% di cui all'Art. 2.1.1 Garanzie prestate, l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto sulla base della scelta effettuata dal Contraente, tra le seguenti:

a) Invalidità Permanente con Franchigia 3%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% non è previsto alcun Indennizzo.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 3%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER lettera B) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

b) Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 0% a 10%

L'Indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- sulla parte di Somma assicurata fino a € 100.000 l'Indennizzo è dovuto senza applicazione di alcuna Franchigia;
- da € 100.001 e fino a € 200.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 3%;
- da € 200.001 e fino a € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 5%;
- oltre € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 10%.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore alle Franchigie, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER lettera C) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

c) Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%

L'Indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- sulla parte di Somma assicurata fino a € 200.000,00 l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 3%;
- da € 200.001 e fino a € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 5%;
- oltre € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è dovuto con applicazione di una Franchigia pari al 10%.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore alle Franchigie, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER lettera D) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

d) Invalidità Permanente con Franchigia Unipol Plus

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando le percentuali di seguito riportate:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER lettera E) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Supervalutazione Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 2.5.3 - Supervalutazione specifica per parti anatomiche

Le percentuali di determinazione dell'Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, si intendono parzialmente modificate come segue:

Perdita totale anatomica o funzionale di Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente accertato
Un arto superiore	100%
Una mano o un avambraccio	100%
Un pollice	60%
Un indice	60%
Un medio	30%
Un anulare	15%
Un mignolo	15%
Più dita e/o falangi della stessa mano	Max 80%
Un piede	70%
Un occhio	50%
Un orecchio	25%
Ambedue gli orecchi	75%
Perdita totale della voce	60%

Per la perdita totale anatomica delle sole falangi, la percentuale di Indennizzo sarà pari alla metà delle percentuali riconosciute per ogni singolo dito.

In caso di Infortunio che comporti la minorazione funzionale di sole falangi o delle dita non si applica quanto previsto dalla presente Condizione Specifica.

Resta inteso che per le perdite anatomiche o menomazioni funzionali di arti e organi qui non riportate, si intendono operanti le percentuali di cui all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o all'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.5.4 - Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente

L'Indennizzo relativo alla garanzia Invalidità Permanente calcolato in base al criterio di liquidazione reso operante in Polizza, dedotta l'eventuale Franchigia prevista, verrà maggiorato delle percentuali sotto riportate, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, ovvero:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Maggiorazione dell'Indennizzo
Dall'1% al 10%	10%
Dall'11% al 25%	20%
Dal 26% al 50%	30%
Dal 51% al 100%	50%

Altre coperture

Art. 2.5.5 - Indennità forfettaria per frattura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che determini per l'Assicurato una frattura scheletrica radiologicamente accertata, la Società liquida un Indennizzo forfettario di € 200,00 per Annualità assicurativa.

Art. 2.5.6 - Indennità forfettaria per gravi Ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza o di Malattia manifestatasi successivamente a 30 giorni dalla data di effetto della stessa che determini per l'Assicurato:

- un Ricovero in Istituto di Cura, di durata superiore a 7 giorni consecutivi;
- più Ricoveri in Istituto di Cura legati allo stesso Sinistro nel corso di uno stesso Periodo Assicurativo per una durata complessiva superiore a 30 giorni di degenza;

la Società liquida un Indennizzo forfettario di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa.

Per il calcolo delle giornate di Ricovero, agli effetti della presente garanzia, non è conteggiato il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.

Sono esclusi i ricoveri a seguito di Malattia preesistente alla data di effetto della Polizza.

Art. 2.5.7 - Indennità globale per Immobilizzazione

La garanzia di cui all'Art. 2.4.5 Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura si intende estesa ai seguenti casi:

- frattura scheletrica radiologicamente accertata per la quale, a giudizio dei sanitari, non sia necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione per il periodo risultante dalla certificazione medica;
- di Infortunio che richieda l'applicazione di un mezzo di contenzione in assenza di frattura;
- ustioni di II e III grado, termiche o chimiche, che abbiano interessato almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori o il 18% dell'intera superficie corporea e che non abbiano comportato Ricovero in Istituto di Cura, per il periodo risultante dalla certificazione medica.

Resta comunque inteso che per i suddetti casi l'indennità verrà corrisposta per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 2.5.8 - Invalidità Permanente da Danno Estetico

La garanzia di cui all'Art. 2.1.1 Garanzie Prestate, lettera b) Invalidità Permanente da Infortunio si intende estesa agli Infortuni, indennizzabili a termini di Polizza, che abbiano come conseguenza danni permanenti di tipo estetico. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo, la valutazione percentuale dei danni estetici permanenti verrà effettuata sulla base della tabella e dei criteri sotto indicati.

Tabella delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti:

Danni estetici riportati	Grado % di Invalidità Permanente accertato
gravissima deformazione del viso	40%
scotennamento completo	15%
perdita di tutto il naso	30%
perdita di un padiglione auricolare	11%
perdita di un labbro	15%
perdita di un emilabbro	10%
perdita di ambedue le labbra	25%
perdita di un occhio senza la possibilità di protesi estetica	10%
perdita della mandibola	30%
Paralisi totale del nervo facciale: a) monolaterale b) bilaterale	12% 25%
Esiti cicatriziali al volto: a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione, per ogni 4 centimetri b) cicatrice a superficie estesa visibile a distanza di conversazione, per ogni cmq.	3% 1%
Esiti cicatriziali al collo, al tronco ed agli arti: cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione, a) fino a 20 cmq. b) da 20 cmq. a 50 cmq. c) oltre 50 cmq.	da 0% a 5% da 5% a 10% da 10% a 15%
perdita completa di una mammella	15%
perdita di entrambe le mammelle	25%

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'Indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione.

La Società non corrisponde alcun Indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado inferiore o uguale al 5%; se, invece, essi risultano di grado superiore a tale percentuale, l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquida l'Indennizzo senza applicazione di Franchigia.

In ogni caso la percentuale della Invalidità Permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'Infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

Estensione altri sport

Art. 2.5.9 - Sport ad Alto Rischio

L'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato derivanti dalla pratica di Sport ad Alto Rischio, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate dedicate e indicate in Polizza.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri e liquidato secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.4 Tabella di Indennizzo per gli SPORT ad ALTO RISCHIO, MOTORISTICI/MOTONAUTICI ed AEREI delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche, se operante, vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso.

A parziale deroga dell'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

Art. 2.5.10 - Sport Motoristici e Motonautici

L'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato derivanti dalla pratica di Sport Motoristici e/o Motonautici, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate dedicate e indicate in Polizza.

Sono comunque escluse le gare Sprint e Gasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster, Stock-car e gare di Off Shore.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri e liquidato secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.4 Tabella di Indennizzo per gli SPORT ad ALTO RISCHIO, MOTORISTICI/MOTONAUTICI ed AEREI delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche, se operante, vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso.

A parziale deroga dell'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

Art. 2.5.11 - Sport Aerei

L'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato derivanti dalla pratica di Sport Aerei, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate dedicate e indicate in Polizza.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri e liquidato secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.4 Tabella di Indennizzo per gli SPORT ad ALTO RISCHIO, MOTORISTICI/MOTONAUTICI ed AEREI delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche, se operante, vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso.

A parziale deroga dell'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

Art. 2.6 - Condizione specifica (con sconto)

Il Contraente può scegliere la Condizione Specifica di seguito proposta; la condizione sarà operante solo se indicata in Polizza.

Modifica tabella di indennizzo

Art. 2.6.1 - Adozione della Tabella di Indennizzo SMART

A parziale deroga di quanto previsto da:

- Art. 2.1.1 Garanzie prestate lettera b.1) Invalidità Permanente Classic - Franchigia 5%
- Art. 2.5.2 Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic

l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo le condizioni riportate all'Art. 6.7.3 Tabella di Indennizzo SMART delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Come assicura

Art. 2.7 - Forma assicurativa e ripartizione delle Somme Assicurate

La Società, a norma di quanto stabilito dall'Art. 1.12 Identificazione degli Assicurati e scelta PERSONA/ NUCLEO FAMILIARE, presta le garanzie della presente Sezione nei limiti delle Somme assicurate indicate in Polizza secondo le seguenti regole:

PERSONA

Nel caso di scelta PERSONA, le garanzie si intendono prestate a favore di uno o più Assicurati individuati nominalmente in Polizza, nei limiti delle Somme assicurate per ciascuna di esse.

NUCLEO FAMILIARE¹⁶

Nel caso di scelta NUCLEO FAMILIARE, le garanzie si intendono prestate a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo Nucleo familiare, nonché per le persone specificatamente indicate in Polizza, con le seguenti modalità:

- 1) le Somme assicurate indicate in Polizza si intendono prestate globalmente e per Annualità assicurativa, a favore di tutte le persone assicurate;
- 2) per ciascuna persona assicurata, le Somme vengono garantite sino ad un massimo del 50% di quelle indicate in Polizza ed alle quali verranno applicati i criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna garanzia;
- 3) qualora per modifica del Nucleo familiare o per effetto della previsione di cui all'Art. 2.3 Risoluzione dell'Assicurazione, le persone assicurate si riducessero, in corso di contratto, ad una sola unità, alla medesima gli eventuali indennizzi verranno calcolati in base alle somme indicate in Polizza per l'intero Nucleo familiare;
- 4) in caso di evento in cui vengano coinvolte più persone assicurate, le Somme indicate in Polizza saranno equamente suddivise in base al numero degli Assicurati coinvolti nell'evento; fermo restando quanto stabilito dai criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna garanzia;
- 5) in caso di pratica di Sport Agonistici i massimi indennizzi previsti ai precedenti punti 2), 3) e 4) si intendono ridotti del 50% per ogni Assicurato.

16 Come viene ripartita la Somma assicurata in caso di scelta Nucleo Familiare?



La Somma assicurata è unica per Nucleo Familiare, ciascun componente ha diritto al 50% della medesima. Qualora un evento coinvolga più componenti la somma sarà suddivisa in parti uguali.

Esempio:

Somma Assicurata Invalidità Permanente: 300.000 €

N° componenti Nucleo Familiare: 4

Somma assicurata pro-capite qualora l'evento colpisca 1 componente: 150.000 €

Somma assicurata pro-capite qualora l'evento colpisca 2 componenti: 150.000 €

Somma assicurata pro-capite qualora l'evento colpisca 3 componenti: 100.000 €

Somma assicurata pro-capite qualora l'evento colpisca tutti i componenti: 75.000 €

Art. 2.8 - Massimale catastrofale

Nel caso in cui un medesimo evento colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società per il Sinistro non potrà comunque superare l'importo massimo di € 5.000.000.

Se gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedono nel loro complesso tale importo, essi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 2.9 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad 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. 2.10 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzie Base, Estensioni di garanzia punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

La tabella dei limiti di Indennizzo di seguito riportata si riferisce alla scelta di copertura PERSONA; in caso di opzione NUCLEO FAMILIARE i seguenti limiti si intendono prestatati nella misura massima del 50% per ciascun componente del nucleo, fermo l'esborso massimo pari al 100% della Somma assicurata indicata in Polizza per Annualità assicurativa

SEZIONE INFORTUNI			
Garanzie Base		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Morte		Rimpatrio salma: 10% Somma assicurata per la garanzia Morte con il massimo Rimborso di €10.000 Rischio Eventi naturali catastrofici: entro il 50% della Somma assicurata	-
Invalidità Permanente	Invalidità Permanente Classic	Rischio Eventi naturali catastrofici: entro il 50% della Somma assicurata	Invalidità Permanente CLASSIC: <ul style="list-style-type: none">• Franchigia 5%• Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$
	Invalidità Permanente Top Target		Invalidità Permanente Eventi naturali catastrofici: <ul style="list-style-type: none">• Franchigia 10%• Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$
Rischio Sport Agonistici		Vedasi tabella FOCUS Sport Agonistici	

Garanzie Supplementari (a pagamento)		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Garanzia Plus	Supervalutazione futuro protetto	Raddoppio delle Somme assicurate per Morte con il massimo di € 200.000, in caso di Morte dell'Assicurato e coniuge o convivente more uxorio	-
	Perdita anno scolastico	Indennizzo forfettario pari a € 2.500	-
	Rimborso spese mediche per minori non assicurati	Massimo € 10.000 per spese sostenute entro due anni dall'Infortunio	In caso di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute: Scoperto 10% con il minimo di € 50 e il massimo di € 250 per Sinistro
	Invalidità Permanente minorenni assicurati	Maggiorazione del 50% della Somma assicurata	-
	Indennità forfettaria per Stato Comatoso	€ 10.000	Entro 5 giorni dalla data di accadimento del Sinistro e permanenza di almeno 5 giorni
	Indennità aggiuntiva per Morte da circolazione	Indennizzo forfettario pari a € 50.000	-
	Sostegno e Sicurezza	<ul style="list-style-type: none"> In caso di Morte: maggiorazione del 30% della Somma assicurata In caso di Invalidità Permanente \geq 60%: maggiorazione dell'Indennizzo del 30% In caso di violenza fisica, in presenza di querela e referto medico del Pronto Soccorso: € 2.000 per Annualità assicurativa 	-
	Adattamento dell'abitazione	In caso di Invalidità Permanente \geq 60%: € 10.000 per Annualità assicurativa	-
	Adattamento dell'autovettura	In caso di Invalidità Permanente \geq 60%: € 2.500 per Annualità assicurativa	-

Garanzie Supplementari (a pagamento)		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Rimborso spese mediche da Infortunio		<p>In caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale: maggiorazione della Somma assicurata di € 1.000, per Annualità assicurativa</p> <p>Trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il 50% della Somma assicurata</p>	In caso di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute: Scoperto 10% con il minimo di € 50 e il massimo di € 250 per ogni Infortunio
Indennità da Infortunio	Indennità per Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> In caso di Day-Hospital: 50% della Somma assicurata In caso di Ricovero all'estero: maggiorazione della Somma assicurata del 50% <p>Massimo 365 giorni per evento</p>	-
	Indennità per Ricovero e Convalescenza	<p>Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day-Hospital</p> <p>Massimo 90 giorni per evento</p>	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi
Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura		Massimo 60 giorni per evento	-

Garanzie Supplementari (a pagamento)		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Inabilità Temporanea da Infortunio	Inabilità Temporanea Integrale	Somma assicurata per ogni giorno di totale o parziale incapacità fisica Massimo 365 giorni per evento	Franchigia: <ul style="list-style-type: none"> • Per Somme assicurate ≤ € 50: 7 giorni di Franchigia • Per Somme assicurate > € 50: <ul style="list-style-type: none"> - 7 giorni di Franchigia - Dall'8° al 15° giorno: Indennizzo pari a € 50 - Dal 16° giorno: intera Somma assicurata
	Inabilità Temporanea Parziale	Somma assicurata indicata in Polizza: <ul style="list-style-type: none"> • al 100% per ogni giorno di totale incapacità fisica • al 50% per ogni giorno di parziale incapacità fisica Massimo 365 giorni per evento Somma assicurata al 100% se: <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi o più • Ricoveri di durata complessiva superiore a 30 giorni complessivi • Immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi • Invalidità Permanente di grado ≥ 15% • Prime cure prestate da strutture sanitarie accreditate di primo soccorso Massimo 90 giorni per evento	Nessuna Franchigia in caso di: <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero di almeno 2 giorni • Day-Hospital con Intervento chirurgico L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa
	Inabilità Temporanea Totale	Somma assicurata indicata in Polizza per ogni giorno di totale incapacità fisica	
Rischio Sport Agonistici		Vedasi tabella FOCUS Sport Agonistici	

Condizioni Specifiche (a pagamento)	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Invalidità Permanente con Franchigia 3%	250% della Somma assicurata	Franchigia 3%
Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 0% a 10%		Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$ Franchigia progressiva sulla Somma assicurata: <ul style="list-style-type: none"> • Da € 0 a € 100.000: Nessuna Franchigia • Da € 100.001 a € 200.000: Franchigia 3% • Da € 200.001 a € 400.000: Franchigia 5% • Oltre € 400.000: Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$
Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%		Franchigia progressiva sulla Somma assicurata: <ul style="list-style-type: none"> • Da € 0 a € 200.000: Franchigia 3% • Da € 200.001 a € 400.000: Franchigia 5% • Oltre € 400.000: Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$
Invalidità Permanente con Franchigia Unipol Plus		Franchigie ridotte per i primi 5 punti di Invalidità Permanente Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 15\%$
Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente	375% della Somma assicurata	-
Indennità forfettaria per frattura	€ 200 per Annualità assicurativa	-
Indennità forfettaria per gravi Ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia	€ 3.000 per Annualità assicurativa in caso di: <ul style="list-style-type: none"> • un Ricovero superiore a 7 giorni consecutivi • più Ricoveri di durata complessiva superiore a 30 giorni 	-
Indennità globale per Immobilizzazione	massimo di 60 giorni per Sinistro	-
Invalidità Permanente da Danno Estetico	-	Franchigia 5% Per Invalidità Permanente $> 25\%$ nessuna Franchigia (eccetto per Tabella di Indennizzo Top Target)
Sport ad Alto Rischio	-	Per Invalidità Permanente: Franchigia 5% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 20\%$ Rimborso spese mediche: Scoperto 10% con il minimo di € 200 in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute
Sport Motoristici e Motonautici	-	Per Invalidità Permanente: Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 20\%$
Sport Aerei		Rimborso spese mediche: Scoperto 10% con il minimo di € 200 in caso di utilizzo di strutture di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Condizioni Specifiche (con sconto)	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Tabella di Indennizzo SMART	<ul style="list-style-type: none"> • 100% della Somma assicurata • 150% in caso di acquisto della Condizione Specifica "Supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente" 	Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 20\%$

FOCUS SPORT AGONISTICI

Garanzie	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Morte	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 250.000	
Invalidità Permanente	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 250.000	Invalidità Permanente CLASSIC: <ul style="list-style-type: none"> • Franchigia 5% • Tabella SMART di default • Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente $\geq 20\%$ Invalidità Permanente TOP TARGET: <ul style="list-style-type: none"> • Franchigia 30% • Tabella TOP TARGET
Indennità per Ricovero	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 100	-
Indennità per Ricovero e Convalescenza	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 100	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi
Rimborso spese mediche	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 10.000 Spese a carattere riabilitativo e fisioterapico: massimo 20% della Somma assicurata per Sinistro	Scoperto 10% con il minimo di € 200

Cosa assicura

Art. 3.1 - Garanzia Base

La Società corrisponde, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate indicate in Polizza, una indennità giornaliera in caso di:

- Ricovero in Istituto di Cura;
- Day-Hospital

reso necessario da Malattia, parto o aborto terapeutico, manifestatasi durante l'operatività del contratto.

Art. 3.1.1 - Indennità per Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day-Hospital, reso necessario da Malattia, parto o aborto terapeutico la Società, a guarigione clinica ultimata, corrisponderà:

- l'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza;
- il 50% dell'Indennità prevista in Polizza per ogni giorno di degenza in caso di Day-Hospital.

L'indennità verrà corrisposta anche in assenza di Malattia solo nel caso di Ricovero di durata superiore a 15 giorni, reso necessario da alterazione dello stato di salute clinicamente non diagnosticata durante il periodo di degenza e sempreché non sia dipendente da:

- Malformazione o Difetto Fisico;
- Infortunio.

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

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non viene conteggiato agli effetti della presente garanzia.

Art. 3.1.2 - Indennità per Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 3.1.1 Indennità per 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 ogni Malattia denunciata.

Limitatamente alle Malattie congenite non note all'Assicurato, la Società riconosce l'Indennizzo sino ad un massimo di 30 giorni per Annualità Assicurativa.

La garanzia non è operante per:

- parto non cesareo o aborto non terapeutico;
- malattie della gravidanza e del puerperio.

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) patologie preesistenti alla decorrenza delle garanzie e note all'Assicurato; qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, la presente esclusione è limitata alle sole patologie preesistenti e note all'Assicurato alla decorrenza della Polizza sostituita;
- b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- d) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;

17 Posso assicurare esclusivamente le garanzie previste nella Sezione MALATTIA?

No, per usufruire delle coperture previste dalle garanzie presenti nella Sezione MALATTIA è necessario l'acquisto contestuale delle medesime garanzie nella Sezione INFORTUNI.



- e) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- h) Ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- i) le cure odontoiatriche e delle parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali;
- l) le conseguenze di eruzioni vulcaniche;
- m) HIV e gli stati patologici correlati ad essa;
- n) malattie causate da alcolismo cronico e/o da tossicodipendenza.

Art. 3.3 - Risoluzione dell'Assicurazione

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le garanzie operanti in questa Sezione cessano alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età.

Come assicura

Art. 3.4 - Forma assicurativa e ripartizione delle Somme Assicurate

La Società, a norma di quanto stabilito dall'Art. 1.12 Identificazione degli Assicurati e scelta PERSONA/ NUCLEO FAMILIARE, presta le garanzie della presente Sezione nei limiti delle Somme assicurate indicate in Polizza secondo le seguenti regole:

PERSONA

Nel caso di scelta PERSONA, le garanzie si intendono prestate a favore di uno o più Assicurati individuati nominalmente in Polizza, nei limiti delle Somme assicurate per ciascuna di esse.

NUCLEO FAMILIARE

Nel caso di scelta NUCLEO FAMILIARE, le garanzie si intendono prestate a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo Nucleo familiare, nonché per le persone specificatamente indicate in Polizza, con le seguenti modalità:

- 1) le Somme assicurate indicate in Polizza si intendono prestate globalmente e per Annualità assicurativa, a favore di tutte le persone assicurate;
- 2) per ciascuna persona assicurata, le Somme vengono garantite sino ad un massimo del 50% di quelle indicate in Polizza ed alle quali verranno applicati i criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna garanzia;
- 3) qualora per modifica del Nucleo familiare o per effetto della previsione di cui all'Art. 3.3 Risoluzione dell'Assicurazione, le persone Assicurate si riducessero, in corso di contratto, ad una sola unità, alla medesima gli eventuali indennizzi verranno calcolati in base alle somme indicate in Polizza per l'intero Nucleo familiare.
- 4) in caso di evento in cui vengano coinvolte più persone assicurate, le Somme indicate in Polizza saranno equamente suddivise in base al numero degli Assicurati coinvolti nell'evento; fermo restando quanto stabilito dai criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna garanzia.

Art. 3.5 - Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'Art. 1.1 Decorrenza dell'Assicurazione delle Norme che regolano il contratto in generale la copertura relativamente alla Sezione Malattia decorre:

- dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per le Malattie insorte dopo la stipulazione dello stesso. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto del contratto;
- dal trecentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto, per le Malattie da puerperio e per l'aborto terapeutico.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto emesso dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i Termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al contratto sostituito, per le prestazioni e la Somma assicurata da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente Assicurazione, i Termini di aspettativa suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 3.6 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

La tabella dei limiti di Indennizzo di seguito riportata si riferisce alla scelta PERSONA; in caso di opzione NUCLEO FAMILIARE i seguenti limiti si intendono prestati nella misura massima del 50% per ciascun componente del nucleo, fermo l'esborso massimo pari al 100% della Somma assicurata indicata in Polizza per Annualità assicurativa.

SEZIONE MALATTIA		
Garanzia Base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Indennità per Ricovero	Day-Hospital: 50% della Somma assicurata Massimo 365 giorni per evento	Giorno di dimissione dall'Istituto di Cura non conteggiato
Indennità per Ricovero e Convalescenza	Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day-Hospital Massimo 90 giorni per evento Massimo 30 giorni per le Malattie congenite per Annualità assicurativa	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi

Cosa assicura

Art. 4.1 - Garanzia Base

La Società assicura le spese **legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine**, non ripetibili dalla controparte, occorrenti al Contraente e/o all'Assicurato per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nei limiti del Massimale indicato in Polizza e nell'ambito dei casi previsti nella presente sezione relativi alle **lesioni fisiche, psichiche e/o morali**, conseguenti a **fatti avvenuti successivamente alla data di effetto della presente Polizza**.

Sono garantite le spese per l'intervento di **un unico legale** per ogni grado di giudizio e le eventuali spese di soccombenza poste a carico del Contraente/Assicurato.

Sono inoltre garantite le spese:

- legali anche quando la vertenza venga trattata mediante convenzione di negoziazione assistita o tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- dell'organismo di mediazione, nei casi di mediazione obbligatoria, e le spese dell'arbitro eventualmente sostenute dal Contraente/Assicurato;
- per le operazioni di esecuzione forzata vengono garantite **nel limite di 2 (due) tentativi per Sinistro;**
- per la proposizione della querela sono riconosciute solamente **qualora sia instaurato un Procedimento penale nel quale la controparte sia rinviata a giudizio;**
- di domiciliazione necessarie, **esclusa ogni duplicazione di onorari e le indennità di trasferta.**

L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al Sinistro, al Premio e/o alla Polizza.

Non sono oggetto di copertura i patti quota lite conclusi tra l'Assicurato ed il legale.

Per l'erogazione delle prestazioni, la Società si avvale di ARAG.

Prestazioni garantite¹⁹⁻²⁰

La garanzia assicurativa riguarda la tutela dei diritti dell'Assicurato nei seguenti casi:

- a) richiesta di risarcimento per **danni subiti** di natura extracontrattuale per Fatti illeciti di terzi che abbiano provocato un **Infortunio**;

18 Posso assicurare esclusivamente le garanzie previste nella Sezione TUTELA LEGALE?

No, per usufruire delle coperture previste dalle garanzie presenti nella Sezione TUTELA LEGALE è necessario l'acquisto contestuale di una o più garanzie della Sezione INFORTUNI.

19 Cosa devo fare per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia TUTELA LEGALE?

Deve presentare denuncia scritta all'Agenzia che ha in carico il contratto, oppure alla Società o ad ARAG SE (società cui è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela Legale). I recapiti di quest'ultima per le nuove denunce sono: via FAX al numero 045.8290557 oppure tramite E-MAIL a denunce@arag.it. Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" - "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".

20 Posso farmi assistere da un legale di mia fiducia o devo affidarmi ad un legale scelto da ARAG SE?

La scelta del legale è libera e pertanto potrà farsi assistere da un professionista di Sua fiducia oppure, soltanto qualora non ne avesse, da un legale selezionato appartenente al network ARAG. Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" - "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".

- b) richiesta di risarcimento danni di natura contrattuale ed extracontrattuale per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'Assicurato nei casi di **malpractice medica** conseguenti o connessi ad Infortunio;
- c) **controversie contrattuali con le imprese di assicurazione** riferite a polizze Infortuni, Malattia, Rimborso spese mediche, CPI (Credit Protection Insurance) e LTC (Long Term Care), purché il valore in lite sia superiore a € 500,00. **Si intendono escluse le controversie con Unipol;**
- d) **vertenze** con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali;
- e) **ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione** a seguito di provvedimenti di diniego o al silenzio in materia di inabilità e invalidità degli Assicurati per richieste avanzate successivamente alla data di effetto della presente Polizza.

Cosa NON assicura

Art. 4.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) diritto di famiglia, successioni e donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- d) pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- e) controversie in materia di lavoro dipendente o autonomo o relative all'attività d'impresa degli Assicurati;
- f) fatti dolosi degli Assicurati;
- g) proprietà di veicoli, Aeromobili, imbarcazioni, navi e natanti da diporto;
- h) adesione ad azioni di classe (class action);
- i) contratti finanziari, bancari e a polizze RCA;
- j) controversie con la Società riferite alla presente Polizza;
- k) controversie derivanti da prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- l) per controversie derivanti da parto o da aborto terapeutico.

Come assicura

Art. 4.3 - Decorrenza della garanzia

La prestazione assicurativa viene garantita per i Sinistri che siano insorti:

- a) **durante il periodo di effetto della Polizza**, se si tratta di danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato o di violazione della norma di legge amministrativa;
- b) **trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza**, in tutte le restanti ipotesi.

Qualora la presente Assicurazione sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Tutela Legale, la Carenza di 3 mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto. Sarà pertanto **onere del Contraente/Assicurato, in sede di denuncia del Sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela Legale.**

Art. 4.4 - Insorgenza del Sinistro

Ai fini della presente Polizza, **per insorgenza del Sinistro**, si intende **la data in cui si verifica l'evento** dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

- a) il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato;
- b) la violazione o presunta violazione del contratto;
- c) la violazione o presunta violazione della norma di legge;

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, per momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data del verificarsi del primo evento dannoso.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia comprende i Sinistri che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG nei modi e nei termini dell'Art. 6.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato e dell'Art. 6.15 Libera scelta del legale della Sezione Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, entro 2 anni dalla cessazione del contratto stesso.

Si considerano come unico Sinistro, a tutti gli effetti, uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti. La data di insorgenza corrisponde a quella del primo evento dannoso.

Art. 4.5 - Massimale

La garanzia si intende prestata, a seconda della scelta effettuata dal Contraente ed indicata in Polizza, fino al raggiungimento di:

- € 40.000 per Annualità assicurativa, con il limite di € 10.000 per Sinistro
- € 100.000 per Annualità assicurativa, con il limite di € 30.000 per Sinistro

independentemente dalla scelta effettuata all'Art. 1.12 Identificazione degli Assicurati e scelta PERSONA/NUCLEO FAMILIARE.

In caso di pluralità di Assicurati coinvolti in un unico Sinistro, la garanzia viene prestata con un unico Massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dagli oneri da ciascuno sopportati. Se al momento della definizione del Sinistro il Massimale risulta non esaurito, il residuo viene ripartito in parti uguali tra gli Assicurati che non hanno ricevuto integrale ristoro.

Art. 4.6 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei territori di seguito indicati:

- nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nella Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie di cui all'Art. 4.1 Garanzia Base, punti a), b) e c). In ogni caso, solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del Rimborso di € 5.000.
- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le garanzie di cui al punto d) ed e).

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

SEZIONE TUTELA LEGALE		
Garanzia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Garanzia Base	<p>A scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Massimale € 40.000 per Annualità assicurativa col limite di € 10.000 per Sinistro • Massimale € 100.000 per Annualità assicurativa col limite di € 30.000 per Sinistro <p>Spese di operazioni di esecuzione forzata: massimo 2 tentativi per Sinistro</p> <p>Garanzia Base punti a) b) c) per sinistri insorti e trattati in Paesi diversi da Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera, Liechtenstein: massimo Rimborso € 5.000</p>	-

Cosa assicura

Art. 5.1 - Garanzia Base

La Società mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.²¹

La garanzia si intende operante nei confronti di tutti gli Assicurati per cui risulta attiva la sezione Infortuni. Per l'erogazione delle prestazioni, la Società si avvale di UniSalute.

Prestazioni erogate in Italia e all'estero

Pareri medici e informazioni

1) Informazioni sanitarie telefoniche

La Struttura Organizzativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione, specializzazioni;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica a esami diagnostici;
- profilassi da seguire in previsione di viaggi all'estero.

2) Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

3) Medical second opinion (secondo parere medico)

In caso di Infortunio occorso all'Assicurato, qualora l'Assicurato desideri avere un secondo e qualificato parere medico circa una patologia già diagnosticata dal proprio medico curante, la Struttura Organizzativa, attraverso la propria équipe medica, si impegna a:

- effettuare una prima valutazione del caso presentato dall'Assicurato;
- verificare con l'Assicurato che la copia della documentazione clinico/diagnostica in suo possesso sia completa;
- fornire i nomi delle strutture sanitarie che possono rilasciare un parere in relazione alla patologia segnalata.

La Struttura Organizzativa:

- indicherà quali altri documenti è necessario presentare per completare la documentazione clinico/diagnostica da produrre;
- fornirà via fax all'Assicurato il preventivo dei costi a suo carico.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di richiedere la medical second opinion, dovrà restituire all'équipe medica il fax sottoscritto per accettazione del preventivo dei costi che rimangono a suo carico e per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali (Regolamento UE 679/2016 e normativa nazionale integrativa e vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali in materia di Tutele della Privacy).

La mancata restituzione del preventivo sottoscritto per accettazione non consentirà l'erogazione della prestazione in oggetto.

La Società si fa carico dei seguenti costi:

- spedizione al professionista della documentazione ricevuta dall'Assicurato;
- traduzione della documentazione e la conversione informatica delle immagini per la successiva trasmissione al professionista incaricato;

21 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

Per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Struttura Organizzativa di UniSalute richiedendo l'aiuto necessario:

- al numero verde 800-212477 se in Italia
- al numero +39 051-6389048 se all'estero

Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme per la liquidazione dei Sinistri".



- traduzione della risposta del professionista;
- restituzione di tutta la documentazione all'Assicurato;
- eventuale integrazione telefonica di informazioni che l'Assicurato richiederà all'équipe medica con possibile ulteriore contatto con il professionista per un ulteriore approfondimento;
- contatti professionali con l'équipe medica e con la Struttura Organizzativa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i seguenti costi:

- preparazione e fornitura di copia di tutta la documentazione clinico/diagnostica (inclusa quella per immagini) in suo possesso;
- spedizione della copia di documentazione clinico/diagnostica via corriere espresso all'équipe medica della Struttura Organizzativa all'indirizzo fornito telefonicamente;
- costo della parcella del professionista chiamato a rilasciare la second opinion e della Struttura Sanitaria alla quale egli fa capo;
- ogni eventuale costo derivante da richieste dell'Assicurato per ulteriori approfondimenti che si rendessero necessari a seguito del rilascio della second opinion salvo un eventuale contatto telefonico dell'équipe medica.

La copia della documentazione prodotta dall'Assicurato viaggia a mezzo corriere espresso a totale rischio e pericolo dell'Assicurato e la Società non potrà in nessun caso essere ritenuta responsabile di eventuali mancate consegne all'indirizzo indicato.

La Società declina inoltre ogni responsabilità in relazione all'opinione espressa dal professionista interpellato ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato ed il professionista o struttura di medical second opinion.

La garanzia è operativa previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla privacy (Regolamento UE 679/2016 e normativa nazionale integrativa e vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali in materia di Tutela della Privacy).

Prestazioni erogate in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano

Prima Assistenza nelle urgenze sanitarie

4) Invio di un medico

Qualora in conseguenza di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati. Nel caso di impossibilità dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

5) Rientro sanitario con autoambulanza

Qualora l'Assicurato, successivamente al Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa previo giudizio del proprio medico, provvederà ad inviarla tenendo a carico della Società la spesa relativa sino ad un limite di Km 300 e di € 300,00 per Sinistro e per Assicurato.

6) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

- frattura del femore;
- fratture vertebrali;
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o sanguinamenti endocranici;
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto;
- frattura del bacino

e conseguente Immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche, la Struttura Organizzativa provvederà, nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso, a inviare un infermiere convenzionato, tenendo a carico della Società l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

7) Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

- frattura del femore;
- fratture vertebrali;
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninee;
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto;
- frattura del bacino;

e conseguente Immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche, la Struttura Organizzativa provvederà, nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso, a inviare un fisioterapista convenzionato, tenendo a carico della Società l'onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

8) Consulenza psicologica-psicoterapica

a) Incidente stradale con decesso

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale deceda una persona, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare, a spese della Società, presso la sua abitazione oppure presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato, uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Il professionista convenzionato valuterà le condizioni psichiche dell'Assicurato ed eventualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico.

In seguito al primo colloquio, se il professionista convenzionato ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico (terapia del lutto), presso lo studio di uno psicoterapeuta convenzionato con UniSalute.

Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre sei mesi dalla data di inizio del trattamento stesso e i relativi costi saranno interamente a carico della Società.

La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio.

Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico nei giorni immediatamente successivi all'incidente, potrà richiederne l'attivazione entro un periodo di tre mesi dalla data dell'incidente.

b) Incidente stradale con "danno grave" all'Assicurato

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale riporti lesioni fisiche gravi (vedi elenco al successivo punto b.1), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare, a spese della Società, presso la sua abitazione oppure presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato, uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Il professionista convenzionato valuterà le condizioni psichiche dell'Assicurato ed eventualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico. In seguito al primo colloquio, se il professionista ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico presso lo studio di uno psicologo o di psicoterapeuta convenzionato.

Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre dodici mesi dalla data di inizio del trattamento stesso, sia per la persona che ha riportato le lesioni fisiche sopra citate, che per gli eventuali suoi familiari assicurati. I costi relativi al trattamento saranno interamente a carico della Società.

La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio.

Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico nei giorni immediatamente successivi all'incidente la garanzia resterà comunque attiva per un periodo di tre mesi dalla data dell'incidente.

b.1) Elenco lesioni fisiche gravi, permanenti, irreparabili

AMPUTAZIONI:

degli arti o di parti di essi, tranne le singole dita, comunque con perdita totale della funzione. La perdita grave della funzione dell'arto o l'anchilosi è assimilabile all'amputazione.

APPARATO GENITALE:

perdita traumatica di organo o parte di organo, sia nell'uomo che nella donna, specie se ciò comporta la perdita della capacità di procreare. Aborto post-traumatico.

CICATRICI:

cutanee gravemente deturpanti al volto o non al volto.

ESITI DI FRATTURE VERTEBRALI MIELICHE:

con conseguente grave deficit neurologico. Assimilabili i deficit neurologici e quindi funzionali, conseguenti a lesioni dei nervi, anche non di origine vertebrale o non conseguenti a fratture

ESITI DI GRAVE POLITRAUMA:

lesioni multiple che, nel loro insieme, determinano uno stato di grave invalidità con conseguenze sull'autosufficienza e stile di vita.

ESITI DI TRAUMA CRANICO:

gravi esiti neurologici di trauma cranico, con conseguente perdita permanente dell'autonomia. In caso di perdita o considerevole riduzione delle funzioni intellettive, il supporto psicologico si intende indirizzato ai soli familiari.

LESIONI DEGLI ORGANI INTERNI:

ad esempio milza, reni, fegato, con necessità di trattamento chirurgico di asportazione o grave compromissione della funzione.

PERDITA DI VISTA O UDITO:

totale perdita dell'udito o della vista o perdita parziale della vista (> 7/10 del visus).

9) Invio baby-sitter

Nei casi di Ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di Immobilizzazione, la Struttura Organizzativa provvederà, durante il Ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una babysitter, tenendo a carico della Società il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un numero massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel Nucleo familiare, o risulti incluso in Polizza, un minore.

10) Invio badante

Nei casi di Ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di Immobilizzazione, la Struttura Organizzativa provvederà, durante il Ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, a inviare una badante, tenendo a carico della Società il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un numero massimo di 14 giorni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissione dall'Istituto di Cura o appena in possesso del relativo certificato.

11) Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa. Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver provveduto al ritiro della ricetta presso l'Assicurato, disporrà la consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'Assicurato resterà soltanto il costo dei medicinali.

12) Consegna esiti al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa. Qualora, in conseguenza di Infortunio o Malattia, l'Assicurato si sia dovuto sottoporre ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli accertamenti. L'Assicurato dovrà comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico.

13) Prelievo campioni biologici

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa. Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del

medico curante, la Struttura Organizzativa organizzerà il prelievo presso l'abitazione dell'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.

Il costo degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi rimane a carico dell'Assicurato.

Assistenza famiglia

14) Prestazioni di Assistenza sostenute per i figli disabili a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

La presente garanzia prevede l'erogazione di un immediato aiuto a favore dell'Assicurato in caso di suo Ricovero di durata superiore a 5 giorni e per un massimo di 15 giorni per l'assistenza di figli con invalidità superiore al 45%.

A condizione che il Ricovero risulti iniziato dopo la data di effetto di Polizza, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa che fornirà l'indicazione della struttura convenzionata e delle prestazioni erogabili a favore del figlio disabile (a seconda dei casi, ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica). La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico l'importo giornaliero di € 100,00 per un massimo di 15 giorni per ogni Ricovero e per il complesso delle prestazioni suindicate. In caso non fosse possibile erogare prestazioni tramite strutture convenzionate con Unisalute, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato le prestazioni in un limite massimo di € 100 al giorno per massimo 15 giorni per ogni Ricovero.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'Invalidità Permanente del figlio superiore al 45%; per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o Dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, completi di data e firma olografa dell'Assicurato, attestante il legame genitoriale tra l'Assicurato e la persona disabile per il quale si chiede l'Indennizzo forfettario;
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

15) Prestazioni di Assistenza sostenute per familiare non autosufficiente a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

La presente garanzia prevede l'erogazione tramite rete convenzionata di UniSalute, di un'assistenza domiciliare con invio di un operatore socio-sanitario (OSS) che si occuperà delle necessità quotidiane della persona non autosufficiente in caso di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni e per un massimo di 15 giorni per ogni Ricovero.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa che individuerà l'operatore socio-sanitario inviandolo presso il suo domicilio e tenendo a proprio carico le relative spese sino a un massimo di 8 ore giornaliere per 15 giorni di Ricovero.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il congiunto dell'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

e necessiti di un intervento assistenziale permanente e continuativo.

La garanzia viene erogata se all'interno del Nucleo familiare dell'Assicurato non sia presente un maggiorenne in grado di provvedere alle cure e alle necessità del congiunto non autosufficiente.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, completi di data e firma olografa dell'Assicurato;
- modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il certificato del Medico che descrive lo stato di non autosufficienza del congiunto;
- Inoltre, qualora sia stata attivata nei confronti del congiunto una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

16) Assistenza dell'Animale in pensione a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

In caso di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni la Struttura Organizzativa, contattata telefonicamente dall'Assicurato, provvede a fornire informazioni in merito alle pensioni per Animali in città e provincia, nonché a rimborsare le spese sostenute per la custodia dell'Animale presso la struttura prescelta, fino ad un importo massimo di € 100,00 per Ricovero.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- documentazione comprovante la proprietà dell'Animale;
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

Prestazioni erogate all'estero e di Assistenza in viaggio

17) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora, in seguito a primo Ricovero in conseguenza di Infortunio o Malattia e secondo il giudizio della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più equipaggiato o, trovandosi l'Assicurato all'estero, di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà al trasporto sanitario dell'Assicurato. Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

- treno in prima classe e, occorrendo, con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all'Europa.

In caso di Malattia manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera a condizione che la Malattia sia di acuta insorgenza, e non nota all'Assicurato.

La decisione in merito all'effettuazione del trasporto ed al mezzo da utilizzare è di esclusiva competenza dell'équipe medica di UniSalute in relazione alle necessità tecniche e mediche del caso.

Non danno luogo alla prestazione le infermità e le lesioni che, a giudizio dell'équipe medica, o possono essere curate in loco o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio. La prestazione non è erogata nei casi in cui si contravviene a norme sanitarie nazionali o internazionali.

18) Invio di medicinali urgenti all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia verificatisi al di fuori del territorio nazionale, abbia necessità di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia) per la terapia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Il costo di acquisto dei medicinali si intende a carico dell'Assicurato.

19) Rientro anticipato

La Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, convivente more uxorio, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico della Società.

20) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di Ricovero ospedaliero all'estero dell'Assicurato che superi i 10 giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, il cui costo è a carico della Società, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

21) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, trovi in difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete tenendo a carico della Società i relativi costi entro un massimo di Euro 500,00 per evento e per Annualità assicurativa.

22) Prolungamento del soggiorno

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, le condizioni dell'Assicurato, a giudizio del medico curante e dell'équipe medica della Struttura Organizzativa fossero tali da consigliare un'ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione, la Società terrà a proprio carico il Rimborsamento delle spese d'albergo relative, fino ad un massimo di € 500,00 per evento e per Annualità assicurativa.

23) Rientro di minori

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, i figli minori di anni 15 si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il rientro al domicilio dei figli dell'Assicurato tenendo a carico della Società le relative spese fino ad un massimo di € 500,00 per evento e per Annualità assicurativa.

24) Rientro a seguito di Ricovero ospedaliero

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, l'Assicurato necessiti di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assicurato e di un parente residente in Italia, mettendo loro a disposizione un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico. Il costo del biglietto resta a carico della Società.

25) Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, con spese a carico della Società. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma. Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare, con spese a carico della Società, il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella, convivente) sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto aereo (classe turistica), o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per recarsi dalla sua abitazione in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione. La Struttura Organizzativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno in albergo del familiare venuto a raggiungere il defunto, con spese di pernottamento a carico della Società fino alla concorrenza di € 2.000,00 per evento e per Annualità assicurativa.

Art. 5.2 - Servizi SiSalute

La Società prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi in ambito salute attraverso strumenti digitali e/o con l'eventuale supporto informativo degli operatori telefonici di SiSalute.

Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi prestati:

- 1) **Blog:** possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute;
- 2) **Pharma:** possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio;
- 3) **Pharma Checker:** possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato. L'Assicurato deve rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
- 4) **Televisita Specialistica:** possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. È a carico dell'Assicurato il costo della televisita specialistica;
- 5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** prenotare ed effettuare, fino ad un massimo di 12 prestazioni all'anno, a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia, esclusi ricoveri, interventi chirurgici anche ambulatoriali, visite e prestazioni di odontoiatria) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni sanitarie.

Sono operanti sia in caso di esaurimento delle Somme assicurate relative alle garanzie indicate in Polizza sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse dalla Polizza.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità della copertura questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati (vedere la guida ai servizi per la salute tramite l'App SiSalute Up, consegnata alla stipula) senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

In caso di scelta:

- PERSONA, i Servizi SiSalute sono attivi per tutti gli Assicurati indicati al momento della sottoscrizione della Polizza;
- NUCLEO FAMILIARE, i Servizi SiSalute sono attivi per il Contraente e per una persona maggiorenne, a scelta del Contraente, appartenente al nucleo come definito contrattualmente.

Attivazione dei Servizi SiSalute

Per accedere ai Servizi SiSalute bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up". A tale scopo l'Assicurato, o il Contraente e la persona maggiorenne da lui designata nella scelta a NUCLEO FAMILIARE, devono poter accedere a internet e possedere una email personale.

Per l'attivazione dei Servizi SiSalute e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Cosa NON assicura

Art. 5.3 - Esclusioni

Relativamente all'Art. 5.1 Garanzia Base, l'Assicurazione non è operante per:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, Atti di Terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- c) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) dolo dell'Assicurato.

Come assicura

Art. 5.4 - Validità territoriale

L'Assicurazione ha validità territoriale, a seconda delle Prestazioni fornite, come indicato all'Art. 5.1. Garanzia Base.

Le prestazioni previste all'Art. 5.2 Servizi SiSalute operano in Italia.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

SEZIONE ASSISTENZA		
Garanzia Base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Rientro sanitario con autoambulanza	Km 300 e € 300 per Sinistro e per Assicurato	
Invio di un infermiere a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni	
Invio di un fisioterapista a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni	
Consulenza psicologica-psicoterapica per incidente stradale con decesso	massimo 6 mesi	
Consulenza psicologica-psicoterapica per incidente stradale con "danno grave" all'Assicurato	massimo 12 mesi	
Invio baby-sitter	massimo 6 ore/settimana per un numero massimo di 14 giorni	
Invio badante	massimo 6 ore/settimana per un numero massimo di 14 giorni	
Invio medicinali al domicilio	massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa	-
Consegna esiti al domicilio	massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa	
Prelievo campioni biologici	massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa	
Prestazioni di Assistenza sostenute per i figli disabili a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni	€100/giorno (anche a Rimborso) per un massimo di 15 giorni per Ricovero se Invalidità del figlio > 45%	
Prestazioni di Assistenza sostenute per familiare non autosufficiente a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni	8 ore/giorno per un massimo di 15 giorni per Ricovero	
Assistenza dell'Animale in pensione a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni	massimo €100 per Ricovero	
Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione	-	Se Ricovero ospedaliero supera i 10 giorni
Interprete a disposizione all'estero	massimo €500 per evento e per Annualità assicurativa	-
Prolungamento del soggiorno	massimo €500 per evento e per Annualità assicurativa	-
Rientro di minori	massimo €500 per evento e per Annualità assicurativa	Se figli minori di anni 15
Trasporto salma	massimo € 2.000 per evento e per Annualità assicurativa	-

Art. 6.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

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 assegnato il contratto, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o - in caso di impedimento per le conseguenze riportate - dai suoi aventi diritto, 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, devono 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 o in copia fotostatica, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.

Relativamente alla **Sezione Infortuni**²²

Per le garanzie sotto riportate, valgono le seguenti disposizioni:

- **Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore degli eredi:** deve essere presentata alla Società in caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero;
- **Inabilità Temporanea:** l'Indennizzo per Inabilità Temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.
Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di Inabilità certificati;
- **Indennità per Ricovero o per Ricovero e Convalescenza:** deve essere presentata alla Società la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dai documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- **Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura:** deve essere presentata alla Società la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dai documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Relativamente alla garanzia **Rimborso spese mediche da Infortunio**

Nel caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute, dovrà essere contattata la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta al numero verde 800 009691 in Italia e al numero +39 0514185691 se all'estero, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

22 In caso di Sinistro Infortuni, ai fini dell'Indennizzo, è sufficiente avvisare l'agenzia, fornendo un certificato medico che attesti il decorso delle lesioni?

In caso di Infortunio, avvisare l'Agenzia, fornendo la documentazione sanitaria che certifichi le lesioni che ne conseguono e il loro decorso, è una condizione necessaria ma non sufficiente per ottenere l'Indennizzo, in quanto l'Assicurato è, altresì, tenuto a sottoporsi agli accertamenti medici disposti dalla Società.

Qualora abbia acquistato la Garanzia Supplementare Rimborso spese mediche, è inoltre tenuto a fornire, ai fini del rimborso, la documentazione comprovante le spese sostenute.



La Centrale Operativa si attiverà con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunicherà all'Assicurato gli estremi dell'appuntamento.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno rimborsate dalla Società secondo quanto indicato all'Art. 6.10.1 Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute.

Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, **senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate**, le spese sostenute verranno rimborsate dalla Società con le modalità indicate all'Art. 6.10.2 Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati e all'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Relativamente alla **Sezione Malattia**

In caso di Ricovero l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società copia della cartella clinica conforme all'originale. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato. **Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

Relativamente alla **Sezione Tutela legale**, il Contraente o l'Assicurato devono:

- immediatamente denunciare per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Società o ad ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza;
- fare pervenire alla Direzione della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato.

Relativamente alla **Sezione Assistenza**, per le prestazioni previste all'Art. 5.1 Garanzia Base, l'Assicurato deve:

contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute, operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all'estero, specificando:

- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l'Assistenza;
- dati relativi al luogo dell'eventuale intervento;
- numero di Polizza;
- nominativo del Contraente;
- di quale prestazione intende usufruire.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista.

L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

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

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 6.2 Attività diversa da quella dichiarata in Polizza

In caso di Sinistro, fatte salve le esclusioni contrattuali, l'Indennizzo verrà determinato come segue:

- in misura integrale se l'Infortunio è conseguenza dell'attività professionale dichiarata in Polizza o, se diversa, di altra attività professionale purché quest'ultima rientri nella medesima Classe di Rischio o di minor Rischio cui appartiene quella dichiarata;
- in misura percentuale ridotta come da schema sotto riportato, se l'Infortunio è conseguenza di un'attività professionale che è diversa da quella dichiarata in Polizza e che rientra in una classe di maggior Rischio rispetto a quella dichiarata.

Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio	Attività professionale dichiarata in Polizza		
	Classe A	Classe B	Classe C
Classe A	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe B	-30%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe C	-50%	-30%	Nessuna riduzione

La classificazione delle attività professionali è riportata nell'Allegato Tabella delle attività professionali. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nel citato elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad attività elencata nella "Tabella delle attività professionali". Tale criterio non si applica per le Attività presenti nella Tabella ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE, che si intendono sempre escluse, salvo diversa pattuizione indicata in Polizza.

Art. 6.3 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, 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 e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

- il certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- il certificato autoptico;
- il certificato di non gravidanza della coniuge superstite;
- altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.

Art. 6.3.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, 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 articoli 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. 6.3.2 - Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile

La Somma assicurata per il caso di morte viene liquidata anche nel caso in cui lo Stato Comatoso divenga irreversibile in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la ulteriore denuncia del Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dalla autorità medico ospedaliera competente.

Una volta corrisposto l'Indennizzo ai Beneficiari designati o in loro mancanza al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro, l'Assicurazione cessa in ogni caso nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro, salvo quanto previsto successivamente.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo:

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, qualora dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia Morte; in caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte.
- rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 6.3.3 - Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso

La Società corrisponde l'Indennizzo forfettario previsto previa ricezione di idonea documentazione medica rilasciata dalla competente autorità medico-ospedaliera, attestante lo Stato Comatoso insorto successivamente all'Infortunio.

L'Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato, ove possibile, o, in caso contrario, ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o, in assenza dei soggetti sopra indicati, agli ascendenti, in parti uguali fra loro.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo, rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 6.4 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente²³

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella sottostante TABELLA DI VALUTAZIONE e con 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 invalidità 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 di 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.

23 Se a seguito di un Infortunio si è determinata una perdita solo parziale della funzionalità di un arto, verrà riconosciuto comunque un Indennizzo per invalidità permanente?

Si, in caso di perdita parziale della funzionalità, verrà riconosciuto un Indennizzo, ma l'invalidità permanente sarà calcolata in misura proporzionale alla suddetta perdita. Ad esempio, se a seguito dell'Infortunio si è verificato il dimezzamento della funzionalità di un braccio, il grado di invalidità permanente riconosciuto verrà anche esso dimezzato.

Tabella di valutazione	Grado % di Invalidità Permanente accertato
Perdita anatomica funzionale di:	
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%
anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e i 70°, con prono-supinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
al di sopra della metà della coscia	70%
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell'alluce	2,5%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
esiti di rottura del menisco laterale, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore	9%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%
paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
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 e del collo	2%
esiti di frattura del sacro	3%
esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
un orecchio	10%
ambedue gli orecchi	40%

Tabella di valutazione	Grado % di Invalidità Permanente accertato
Stenosi nasale assoluta:	
<i>monolaterale</i>	4%
<i>bilaterale</i>	10%
Perdita anatomica di:	
<i>un rene</i>	15%
<i>della milza senza compromissioni significative della crasi ematica</i>	8%
<i>perdita della voce</i>	30%

Art. 6.4.1 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL

I criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio saranno determinati secondo le percentuali di seguito riportate:

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedasi successiva tabella)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo	(non si corrisponde indennità)	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione 110°-75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchoriosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita per ogni dito perduto	3%	
Anchoriosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchoriosi tibia-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Nota: in caso di constatato mancinismo, le percentuali di Invalidità Permanente stabilite per l'arto destro si riferiscono all'arto sinistro, e viceversa.

Visus perduto	Visus residuo	Grado % di Invalidità Permanente accertato dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Grado % di Invalidità Permanente accertato dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.

La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Art. 6.5 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di rotture sottocutanee dei tendini sarà effettuata, limitatamente ai casi sotto riportati, secondo le percentuali riportate nella sottostante tabella:

Tendine	Grado % di Invalidità Permanente in caso di rottura sottocutanea
Rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%
Rottura sottocutanea del tendine femorale	5%
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo	5%
Rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%
Rottura sottocutanea della cuffia dei rotatori (lesione di uno o più tendini del complesso muscolo-tendineo della spalla)	3%

Relativamente alla rottura sottocutanea di tendini diversi da quelli indicati in tabella, verrà riconosciuta una percentuale di Invalidità Permanente fino al 3%.

Le percentuali suddette si intendono applicate anche in caso di scelta della Tabella INAIL di cui Art. 2.5.1 Adozione della tabella INAIL.

Art. 6.6 - Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di Ernie addominali da Sforzo sarà effettuata, secondo le percentuali riportate nella sottostante tabella:

Grado % di Invalidità Permanente in caso di ernia addominale da Sforzo	
Ernia addominali da Sforzo	2%

Le percentuali suddette si intendono applicate anche in caso di scelta della Tabella INAIL di cui Art. 2.5.1 Adozione della tabella INAIL.

Art. 6.7 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alle Tabelle di Indennizzo di seguito riportate, a seconda della scelta effettuata dal Contraente ed indicata in Polizza, applicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dagli Artt. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL, se operante.

Art. 6.7.1 - Tabella di Indennizzo SUPER

Quando l'Invalidità Permanente accertata risulti **pari o inferiore** al 15%, l'Indennizzo viene corrisposto con le seguenti modalità:

	Invalidità Permanente CLASSIC	MODIFICHE ALLA FRANCHIGIA dell'Invalidità Permanente CLASSIC									
		A) Franchigia 5%	B) Franchigia 3%	C) Franchigia progressiva da 0% a 10%				D) Franchigia progressiva da 3% a 10%			E) Franchigia Unipol Plus
		Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata	0 fino a 100.000	3% fino a 200.000	5% fino a 400.000	10% oltre 400.000	3% fino a 200.000	5% fino a 400.000	10% oltre 400.000	Su tutta la Somma assicurata
Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata				Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata			Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,3	
2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0,6	
3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	
4	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1,5	
5	0	2	5	2	0	0	2	0	0	2	
6	1	3	6	3	1	0	3	1	0	3	
7	2	4	7	4	2	0	4	2	0	4	
8	3	5	8	5	3	0	5	3	0	5	
9	4	6	9	6	4	0	6	4	0	6	
10	5	7	10	7	5	0	7	5	0	7	
11	6	8	11	8	6	1	8	6	1	8	
12	7	9	12	9	7	2	9	7	2	9	
13	8	10	13	10	8	3	10	8	3	10	
14	9	11	14	11	9	4	11	9	4	11	
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	

Quando l'Invalità Permanente accertata risulti **superiore** al 15%, l'Indennizzo viene corrisposto con le seguenti modalità:

Grado % di Invalità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59
40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
da 50 a 79	100
da 80 a 99	150
100	250

Art. 6.7.2 - Tabella di Indennizzo TOP TARGET

Invalidità Permanente TOP TARGET	
Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
Da 1 a 30	0
Da 31 a 100	100

Art. 6.7.3 - Tabella di Indennizzo SMART

Quando l'Invalidità Permanente accertata risulti pari o **inferiore** al 20%, l'Indennizzo viene corrisposto con le seguenti modalità:

	Invalidità Permanente CLASSIC	MODIFICHE ALLA FRANCHIGIA dell'Invalidità Permanente CLASSIC								
	A) Franchigia 5%	B) Franchigia 3%	C) Franchigia progressiva da 0% a 10%				D) Franchigia progressiva da 3% a 10%			E) Franchigia Unipol Plus
	Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata	0 fino a 100.000	3% fino a 200.000	5% fino a 400.000	10% oltre	3% fino a 200.000	5% fino a 400.000	10% oltre 400.000	Su tutta la Somma assicurata
Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata				Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata			Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0,3
2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0,6
3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
4	0	1	4	1	0	0	1	0	0	1,5
5	0	2	5	2	0	0	2	0	0	2
6	1	3	6	3	1	0	3	1	0	3
7	2	4	7	4	2	0	4	2	0	4
8	3	5	8	5	3	0	5	3	0	5
9	4	6	9	6	4	0	6	4	0	6
10	5	7	10	7	5	0	7	5	0	7
11	6	8	11	8	6	1	8	6	1	8
12	7	9	12	9	7	2	9	7	2	9
13	8	10	13	10	8	3	10	8	3	10
14	9	11	14	11	9	4	11	9	4	11
15	10	12	15	12	10	5	12	10	5	12
16	11	13	16	13	11	6	13	11	6	13
17	12	14	17	14	12	7	14	12	7	14
18	13	15	18	15	13	8	15	13	8	15
19	14	16	19	16	14	9	16	14	9	16
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Quando l'Invalidità Permanente accertata risulti **superiore** al 20%, l'Indennizzo viene corrisposto con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
da 50 a 100	100

Art. 6.7.4 - Tabella di Indennizzo per gli SPORT ad ALTO RISCHIO, MOTORISTICI/MOTONAUTICI ed AEREI

Grado % di Invaldit� Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	
	SPORT AD ALTO RISCHIO	SPORT MOTORISTICI/MOTONAUTICI SPORT AEREI
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	1
12	7	2
13	8	3
14	9	4
15	10	5
16	11	6
17	12	7
18	13	8
19	14	9
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
da 50 a 100	100	100

Art. 6.8 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili 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. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o Difetto Fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 6.9 - Eventi naturali catastrofici

Solo se operante in Polizza la garanzia Invalidità Permanente Classic, limitatamente agli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni, l'Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o all'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri verrà liquidata secondo le modalità di seguito riportate:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sul 50% della Somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sul 50% della Somma assicurata
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59
40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
Da 50 a 79	100
Da 80 a 99	150
100	250

Art. 6.10 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio

Art. 6.10.1 - Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico contenente la natura dell'Infortunio e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Assicurato provvederà al pagamento delle prestazioni effettuate a tariffe agevolate, direttamente al centro sanitario ed inoltrerà i relativi documenti di spesa sostenuta alla Società, per il relativo rimborso che verrà effettuato, in caso di evento indennizzabile, in base a quanto previsto dall'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, punto 1) Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una prestazione durante il Ricovero o extra-ricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art. 6.10.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati e all'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Art. 6.10.2 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

Per ottenere il Rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inoltrare a Unipol:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero copia conforme all'originale della lettera di dimissione: qualora non sia esaustiva o non sia sufficiente ad una corretta valutazione della copertura verrà chiesta la copia integrale della cartella clinica;
- in caso di prestazioni extra-ricovero copia dei certificati medici di prescrizione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad Unipol della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte. Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di Rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale Rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'Art. 2.4.2 Rimborso spese mediche da Infortunio, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, al netto di quanto già rimborsato da terzi il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 6.10.3 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i Ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti Artt. 6.10.1 Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute o 6.10.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati.

Art. 6.11 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Indennità da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio di cui agli Artt. 2.4.3 Indennità per Ricovero, 2.4.4 Indennità per Ricovero e Convalescenza, 2.4.5 Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura e 2.4.6 Inabilità Temporanea da Infortunio valgono le norme ivi riportate.

Art. 6.12 - Anticipo Indennizzo

La Società a seguito di Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza, limitatamente alle sotto elencate garanzie e su richiesta del Contraente, potrà concedere un acconto sull'Indennizzo secondo le seguenti modalità:

a) Per Inabilità Permanente

Trascorsi 90 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 € 50.000,00 da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- 2) risulti prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Inabilità Permanente pari o superiore al 15%.

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'inoperatività anche parziale della garanzia.

b) Per Indennità per Ricovero, per Ricovero e Convalescenza e/o Inabilità Temporanea

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero e/o Inabilità Temporanea di durata 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 nel 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.

NORME PER LA SEZIONE MALATTIA

Art. 6.13 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità per Ricovero e Indennità per Ricovero e Convalescenza

Per l'Indennizzo delle prestazioni relative alle garanzie Indennità giornaliera per Ricovero e Indennità giornaliera per Ricovero e Convalescenza di cui agli Artt. 3.1.1 Indennità per Ricovero e 3.1.2 Indennità per Ricovero e Convalescenza valgono le norme ivi riportate.

NORME PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Art. 6.14 - Modalità per richiedere le prestazioni di tutela legale

La gestione dei Sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società ad ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- Telefono centralino: 045.8290411,
- fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557
- mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it,
- mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@arag.it,
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela Legale, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Art. 6.15 - Libera scelta del legale

L'Assicurato, ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto:

- a) presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia;
- b) presso il foro del proprio luogo di residenza o della sede legale del Contraente/Assicurato indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del Sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o con ARAG.

Art. 6.16 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Art. 6.17 - Gestione del Sinistro

Ricevuta la denuncia del Sinistro, ARAG, attraverso il legale scelto liberamente dall'Assicurato o il legale scelto dalla stessa, si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo ed in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. 6.15 Libera scelta del legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna Transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG, pena il mancato Rimborsò delle spese sostenute.

L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e di periti viene concordata con ARAG.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di Assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista. Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

La Società e ARAG non sono responsabili dell'operato di legali, consulenti tecnici e periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, salvo il caso di esito totalmente favorevole all'Assicurato.

In caso di esito negativo dell'arbitrato, l'Assicurato potrà egualmente procedere autonomamente ed a proprio rischio nella trattazione della controversia, dandone avviso alla Società o ad ARAG, con facoltà di ottenere la ripetizione delle spese sostenute se non ripetute dalla controparte, qualora il risultato conseguito sia più favorevole di quello precedentemente prospettato dalla Società o ARAG.

Art. 6.18 - Coesistenza con copertura assicurativa per Danni ai terzi

In caso di coesistenza di una copertura assicurativa per Danni ai terzi (Responsabilità Civile) la garanzia

opera ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che - ai sensi dell'Art. 1917 del Codice Civile - è dovuto dalla copertura di Responsabilità Civile per spese di resistenza e soccombenza.

Art. 6.19 - Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i Risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano, invece, ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate in via transattiva e/o stragiudiziale.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 6.20 - Gestione dei Sinistri ed erogazione delle prestazioni di Assistenza

La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza, si avvale della Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all'estero.

Unipol ha la facoltà di cambiare la società di Assistenza e/o la Struttura Organizzativa, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.

Art. 6.21 - Modalità di accesso ai Servizi SiSalute

L'Assicurato può utilizzare i Servizi SiSalute previsti all'Art. 5.2:

- tramite l'App di SiSalute.

Per assistenza contattare gli operatori SiSalute, al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Unipol ha la facoltà di cambiare la società che presta i Servizi a marchio SiSalute, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.

NORME VALIDE PER LE SEZIONI INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

Art. 6.22 - Pagamento dell'Indennizzo

Entro 30 giorni da quello in cui, in relazione ai Sinistri della sezione **Infortunio** ai sensi degli articoli:

- Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente
 - Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL
 - Art. 6.5 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini
 - Art. 6.6 Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo
 - Art. 6.7.1 Tabelle di Indennizzo SUPER
 - Art. 6.7.2 Tabella di Indennizzo TOP TARGET
 - Art. 6.7.3 Tabella di Indennizzo SMART
 - Art. 6.7.4 Tabella di Indennizzo per gli SPORT ad ALTO RISCHIO, MOTORISTICI/MOTONAUTICI ed AEREI
 - Art. 6.9 Eventi naturali catastrofici
 - Art. 6.10 Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio
 - Art. 6.11 Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio
- e in relazione ai Sinistri della sezione **Malattia**, ai sensi dell'articolo:
- Art. 6.13 Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità per Ricovero e Indennità per Ricovero e Convalescenza

è stato determinato l'ammontare dell'Indennizzo:

- previo accordo tra la Società e l'Assicurato, oppure
- all'esito della procedura di arbitrato irrituale

la Società, verificata la titolarità dell'Indennizzo, paga quanto dovuto, salvo che:

- a) il Contraente o l'Assicurato non sia in grado, per qualunque motivo, di accettare espressamente la liquidazione dell'Indennizzo, sottoscrivendo apposito atto avente effetto liberatorio per la Società;
- b) alla Società venga notificato un atto di opposizione nei modi stabiliti dalla Legge o un atto di cessione;

- c) sia stato aperto un Procedimento penale sulla causa del Sinistro, dal quale risulti che ricorrono alcuni dei casi di esclusione previsti dalla relativa Sezione di garanzia.

La liquidazione dell'Indennizzo avviene, in ogni caso, previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, previsti all'Art. 6.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

La Società, in relazione ai Sinistri della sezione **Assistenza**, nei casi in cui la Struttura Organizzativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di Assistenza, rimborsa le spese da lui sostenute e autorizzate entro 30 giorni dal ricevimento degli originali dei documenti fiscali atti a dimostrare che ha effettivamente sostenuto la spesa o dall'esito della procedura di arbitrato irrituale.

Art. 6.23 - 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 italiano che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato - o del Contraente qualora l'Assicurato sia residente all'estero - anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente. 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

ALLEGATO - TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

CLASSE DI RISCHIO A	CLASSE DI RISCHIO B	CLASSE DI RISCHIO C
Addetto alle pulizie	Addetto pompe funebri	Addestratori di animali (esclusi animali feroci/rettili)
Agente teatrale	Agente di assicurazione	Addetto all'abbattimento di piante
Amministratore di condominio	Agente di borsa/Agente di cambio	Addetto autolavaggio
Animatore di villaggi turistici	Agente di commercio	Addetto autorimesse
Armatore	Agente di viaggio	Agricoltore con uso di trattore
Arredatore/Vetrinista	Agente immobiliare	Antennista
Bambino in età prescolare	Agricoltore	Archeologo in bassi scavi
Barbiere/Parrucchiere	Agronomo	Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Bibliotecario	Albergatore	Artigiano
Bidello	Allevatore di animali	Artista di strada
Biologo	Apicoltore	Asfaltatore
Botanico	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Autotrasportatore
Call center addetto	Ascensorista	Boscaiolo
Cameramen	Assistente sociale	Chimico/analista chimico in laboratorio di analisi compreso il trattamento di materie esplosive
Cassiere	Attore/Artista	Demolitore
Centralinista	Autista	Elettrauto
Commercialista	Avvocato/Procuratore legale	Elettricista
Commesso	Baby sitters	Escavatorista
Consulente del lavoro	Badante	Fabbro
Disegnatore	Bagnino	Facchino/Fattorino
Domestica (colf)	Barista	Falegname/Antiquario con restauro
Enologo	Benestante senza particolari occupazioni	Fiorista/Floricoltore
Estetista	Benzinaio	Fresatore
Farmacista	Bigliettaio/controllore su mezzi di trasporto	Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Giornalista/cronista non inviato all'estero	Calzolaio	Giardiniere
Hostess/Steward di terra	Cameriere	Gioielliere addetto alla vendita
Impiegato	Carpentiere	Gommista
Influencer/Blogger	Carrozziere	Idraulico
Insegnante/Preside/Professore Universitario	Casalinga	Imbianchino/Verniciatore
Interprete	Ceramista	Imprenditore con lavoro manuale
Modella/o	Commesso addetto al trasporto e consegna	Ingegnere che accede a cantieri
Musicista/Direttore d'Orchestra	Consulente assicurativo (Broker)	Macellaio
Perito	Costumista	Magazziniere
Programmatore	Cuoco/Ristoratore	Maniscalco
Psicologo	Dirigente	Meccanico/Autoriparatore
Religioso	Disk jockey	Muratore
Ricercatore scientifico	Dog sitter/Pet sitter	Netturbino/Operatore Ecologico
Sceneggiatore/Scrittore	Elettrotecnico	Operaio
Studente	Ferroviero macchinista	Pavimentista/Piastrellista
Tatuatore	Fotografo	Saldatore

Veterinario	Gelataio	Scultore
Wedding Planner/Organizzatore eventi	Geologo	Spedizioniere
	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Stagnino/Lattoniere
	Grafico	Tappezziere
	Guida turistica	Tornitore
	Imprenditore senza Lavoro Manuale	Vetraio
	Infermiere/paramedico	
	Ingegnere che non accede a cantieri	
	Insegnante di ballo	
	Insegnante di educazione fisica	
	Istruttore di scuola guida	
	Magistrato / Questore	
	Massaggiatore/Fisioterapista/Osteopata	
	Medico	
	Negoziante/Commerciante	
	Notaio	
	Odontotecnico	
	Orafo/Orefice/Orologiaio	
	Ostetrica	
	Ottico	
	Panettiere	
	Pellettieri/Pellicciaio	
	Pensionato	
	Pittore	
	Pizzaiolo	
	Podologo	
	Pony Express/Riders	
	Portiere di Stabili/Custode	
	Postino	
	Promotore finanziario	
	Pubblicitario/Pubblicista	
	Radiologo / tecnico radiologo	
	Rappresentante	
	Regista	
	Riparatore di elettrodomestici	
	Riparatore di macchine per ufficio, computer	
	Sarto	
	Stilista	
	Stiratrice	
	Tabaccaio	
	Tassista	
	Tecnico del Suono	
	Tecnico di Laboratorio/Chimico senza esplosivi	
	Tipografo	
	Toelettatura per animali	
	Venditore ambulante	

ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Addetto allo spurgo pozzi neri e manutenzione reti fognarie	Collaudatore di veicoli	Operatore di fune
Agente di Polizia	Fantino	Palombaro/Sommozzatore
Agente di Polizia Penitenziaria	Guardia di Finanza	Pilota di aerei a terra
Allenatore/Istruttore sportivo	Guida Alpina	Pirotecnico
Atleta/Sportivo professionista	Investigatore/detective privato	Skipper
Ballerina/o di Danza classica e/o Sportiva	Maestro di Sci	Speleologo
Body guard/Guardia Giurata	Marinaio/Pescatore	Vigile del fuoco
Calciatore (SERIE D)	Marmista escluso utilizzo di mine	Vigile urbano
Calciatore Professionista (Serie A - B - C)	Militare	
Carabiniere	Minatore	

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

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente [c.c. 49] il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia. In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente. Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

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, e 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 sospenderne 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. 1882 – Nozione

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

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. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

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. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare.

Nei casi di scomparsa da bordo o per caduta in mare, nei quali ricorranogli 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.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

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 vengano eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata. Il Presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero disponibile presso il sito unipol.it/informazioni-societarie
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
unipol.com - unipol.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "**Regolamento**"), La informiamo che, al fine di fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, saranno trattati alcuni dati personali a Lei e/o ad altri soggetti riferibili (in via esemplificativa, altri soggetti assicurati o beneficiari di polizza, aderenti ad associazioni che abbiano stipulato specifiche convenzioni con la Compagnia - come *infra* definita - ed in ragione delle quali Lei potrà eventualmente ricevere sconti o vantaggi).

Chi tratterà i dati personali?

Titolare del trattamento dei Suoi dati è **Unipol Assicurazioni S.p.A.** (www.unipol.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (di seguito, la "**Compagnia**").

Quali dati personali tratteremo?

Saranno trattate le seguenti categorie di dati personali (di seguito, i "**Dati**" o i "**Suoi Dati**"):

- a) dati anagrafici (in via esemplificativa, e non esaustiva, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita e codice fiscale) ed estremi di contatto (numero di telefono e indirizzo di posta elettronica);
- b) informazioni socioeconomiche (in via esemplificativa, e non esaustiva, dati reddituali, relativi alla Sua professione, alle Sue proprietà di beni immobili e di mobili registrati, alla Sua eventuale attività d'impresa, nonché informazioni sull'affidabilità creditizia);
- c) informazioni riguardanti la Sua posizione assicurativa con la Compagnia (in via esemplificativa, premi pagati, sinistri liquidati, ecc.);
- d) informazioni riguardanti i sinistri connessi alla Sue posizioni assicurative, anche intrattenute con altre compagnie assicurative;
- e) dati relativi ai Suoi metodi di pagamento (quali, ad esempio, le Sue coordinate bancarie);
- f) potranno altresì essere trattati dati appartenenti a categorie particolari (in specie, dati relativi alla Sua salute e alla Sua appartenenza sindacale), entro i limiti di quanto strettamente necessario all'erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti, ovvero al fine di riconoscerLe le eventuali agevolazioni e/o gli sconti previsti dalle convenzioni di cui potrà beneficiare.

Oltre i Dati da Lei direttamente forniti, potranno essere trattati anche Dati raccolti presso fonti terze¹.

Qualora i dati appartenenti a categorie particolari siano riferibili a soggetti minori, Lei si impegna a ottenere i necessari consensi da parte di tutti coloro i quali esercitano nei confronti di tali soggetti minori la responsabilità genitoriale.

¹ In via esemplificativa, i Dati potranno essere raccolti presso o per il tramite di: contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario; coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), presso cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; 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 e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) - Stipula della polizza, erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (di seguito, i “**Servizi Assicurativi**” o i “**Servizi**”) e attività connesse:** il trattamento avviene al fine di consentire la stipula della polizza, relativa al prodotto assicurativo da Lei richiesto, nonché allo scopo di erogarne i relativi Servizi. In particolare, il trattamento potrebbe riguardare, fra le altre, le seguenti attività: predisposizione e stipula di contratti assicurativi; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione delle eventuali ulteriori prestazioni previste dai Servizi da Lei richiesti; attività pertinenti la riassicurazione e/o la coassicurazione.
- **(F2) - Finalità amministrativo-contabile e adempimento degli obblighi normativi di settore:** il trattamento avviene al fine di consentire l’adempimento degli obblighi normativi (ad esempio, fiscali), amministrativi e contabili di volta in volta applicabili, nonché per l’adempimento degli altri specifici obblighi previsti dal settore assicurativo (in via esemplificativa, la tenuta dei registri assicurativi) e delle eventuali disposizioni impartite dai soggetti pubblici competenti, quali l’Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza².
- **(F3) - Finalità antifrode:** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività pertinenti la prevenzione e l’accertamento delle frodi assicurative e la valutazione in ordine alle relative azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol.
- **(F4) - Esercizio e difesa dei diritti:** il trattamento avviene allo scopo di consentire alla Compagnia l’eventuale esercizio di azioni e/o la difesa di diritti, da intraprendere sia per via stragiudiziale che in sede giudiziaria, nonché lo svolgimento delle investigazioni difensive per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti ritenuti illeciti o fraudolenti.
- **(F5) - Finalità statistiche e/o tariffarie:** il trattamento attiene allo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati per finalità tariffarie e/o statistiche, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti) per l’analisi di nuovi mercati assicurativi, per la gestione ed il controllo interno.
- **(F6) - Comunicazioni di servizio:** il trattamento prevede l’utilizzo dei Dati al fine di inviare le comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l’assistenza tecnica e garantirLe l’accesso alla Sua area riservata.
- **(F7) - Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “**Soft spam**”):** il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell’ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviare le comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, “**I Suoi diritti**”).

² Per l’adempimento di specifici obblighi normativi, in via esemplificativa, ci si riferisce a: (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d’Italia, AGCM, l’Autorità Garante per la protezione dei dati personali; (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell’Accordo tra Stati Uniti d’America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l’attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”); (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07); (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell’Economia e delle Finanze (quale titolare), per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità; (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC, sugli Attestati di Rischio, gestita da ANIA.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte. L'eventuale trattamento di dati appartenenti a categorie particolari avviene sulla base del consenso fornito ai sensi dell'art. 9, c. 2 lett. a) del Regolamento.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non sarà possibile procedere all'erogazione dei Servizi.
F2	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	
F3	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F4	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F5	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse della Compagnia nello svolgimento di attività di tariffazione e analisi statistiche.	
F6	a); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte, ovvero nella necessità di adempiere agli specifici obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di inviarLe le comunicazioni di servizio connesse alla Sua posizione assicurativa.
F7	a)	Il trattamento avviene nel perseguimento di esigenze di marketing diretto, ai sensi dell'art. 130, c. 4 del D.Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Suoi Dati è facoltativo; il mancato conferimento non pregiudicherà l'erogazione dei Servizi.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi, e saranno resi accessibili al solo personale autorizzato e istruito, nella sola misura di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

I Suoi Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità statistiche o tariffarie, nonché al fine di prevenire o accertare frodi assicurative. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi Dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

Qualora Lei intenda beneficiare di specifici sconti o vantaggi nell'acquisto dei prodotti e/o servizi offerti dalla Compagnia, Le potranno eventualmente (nel caso sussistano specifiche convenzioni dedicate) essere richiesti alcuni dati personali (anagrafici, nonché rientranti in categorie particolari, quali l'appartenenza a organizzazioni sindacali) riferibili a soggetti terzi: in tali casi, sarà necessario ottenere il consenso al trattamento dei dati da parte dei terzi interessati.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- soggetti esterni cui la Compagnia affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici, telematici e di archiviazione; soggetti cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; soggetti che forniscono attività di supporto alla gestione delle attività operative connesse - ad esempio, società di servizi postali; soggetti che svolgono attività di revisione, di consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari di controllo delle frodi, di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol³, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE. In via esemplificativa: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; enti e organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); 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 la protezione dei dati);
- le competenti autorità - giudiziaria (di seguito, "Autorità Giudiziaria"), ente pubblico (di seguito, "Pubblica Amministrazione"), autorità di controllo (ad esempio, IVASS) o di pubblica sicurezza -, sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto della Compagnia, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- società assicurative, non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi, della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale;
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), per la raccolta ed elaborazione di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio e alla tutela dell'industria assicurativa, nonché per la gestione della Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD);
- Organismi consortili del settore assicurativo, i quali operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate alle quali i dati possono essere comunicati;
- CONSAP ("Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici");
- soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza, o società che prestano il servizio di assistenza stradale);

³ Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com.

- nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/ agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Privacy del sito web www.unipol.it.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili, in genere per dieci (10) anni dall'ultima registrazione; resta ferma la possibilità di un'ulteriore conservazione, qualora necessaria all'esercizio o la tutela di diritti, nel caso di controversie o contestazioni.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso eventualmente prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Inoltre, può sempre opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, qualora non basate sul Suo previo consenso (Soft Spam).

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione, per chiarimenti sul trattamento dei Suoi dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica privacy@unipol.it.

Collegandosi al sito www.unipol.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, 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.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

