



UNIPOL INFORTUNI BUSINESS

Assicurazione Infortuni

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**

Assicurazione Infortuni

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "UNIPOL INFORTUNI BUSINESS"

Unipol Assicurazioni S.p.A., C.F.: 00284160371 e P.IVA: 03740811207 - 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 1.00183.

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 è abbinabile la copertura 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 dell'attività indicate nella Forma di copertura scelta. La copertura Infortuni scelta tra le forme "Lavoro" o "Tempo libero e Lavoro" prevede in caso di Infortunio professionale e/o extraprofessionale la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- **Invalidità Permanente da Infortunio:** pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità Permanente accertata.
- **Decesso da Infortunio:** 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.

✓ **ASSISTENZA:** prestazione di immediato aiuto, quali consulenza medica telefonica, trasporto e trasferimento presso la struttura sanitaria idonea, invio di personale per l'erogazione di prestazioni sanitarie presso l'abitazione e varie altre nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà.

In abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

- **TUTELA LEGALE:** spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, necessarie all'Assicurato per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nell'ambito dell'attività professionale dichiarata in Polizza.

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

INFORTUNI: Rimborso spese mediche/Indennità da Ricovero / Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura / Inabilità Temporanea (Inabilità temporanea Totale - Inabilità temporanea Totale/Parziale) / Protezione del Reddito / Trasferte di Lavoro.

[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.
- ✗ **ASSISTENZA:** le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione e 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 di danni:

- ! **INFORTUNI:** guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici e Agonistici.
- ! **TUTELA LEGALE:** diritto di famiglia, successioni e donazioni; materia amministrativa, tributaria e fiscale; per fatti conseguenti a tumulti popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.
- ! **ASSISTENZA:** ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Infortunio.



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.
- ✓ **TUTELA LEGALE:** l'Assicurazione vale per i Sinistri insorti e che devono essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente, che si trova:
 - nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein. Per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e alle Vertenze contrattuali.
 - nella Repubblica Italiana, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le Vertenze con Istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali.
- ✓ **ASSISTENZA:** l'Assicurazione ha validità territoriale in Italia, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano e all'estero nel mondo intero, esclusi i paesi ove sussistano situazioni di guerra ancorché non dichiarata.



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 maggiorazione del Premio del 2%) 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; ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel contratto, 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 le rate di Premio successive alla prima, 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, e non è soggetta a tacita proroga; pertanto, cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le Parti. Resta salva la facoltà per Unipol di comunicare al Contraente la disponibilità a rinnovare il contratto per un'ulteriore annualità, e così per gli anni successivi, a eventuali nuove condizioni assicurative e tariffarie. L'Assicurazione opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa solo se stipulata con Unipol, entro -e non oltre- le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Polizza.



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 o PEC a Unipol.

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.

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 - 40128 Bologna; 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, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183. Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a € 7.077,25 milioni e il risultato economico di esercizio risulta pari a € 775,99 milioni. L'indice di solvibilità relativo all'esercizio 2024 è pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. La Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'impresa (SFCR), è disponibile sul sito www.unipol.it.

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

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. Si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

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

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: INFORTUNI: **Rimborso spese mediche:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.1, pag. 17 di 49. **Indennità da Ricovero:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.2, pag. 18 di 49. **Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.3, pag. 18 di 49. **Inabilità Temporanea:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.4, pag. 18 di 49; **Protezione del reddito:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.5, pag. 19 di 49; **Trasferte di lavoro:** vedasi Sezione Infortuni, Art. 2.5.6, pag. 19 di 49.



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 indicati in Polizza e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

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// volo in Mongolfiera//pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio//regate transoceaniche// pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici o Motonautici//pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei //guida e uso di mezzi subacquei//guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo//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: l'infarto e l'ictus determinati da qualsiasi causa e le infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a infortunio indennizzabile.

TUTELA LEGALE: non opera per: controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di Aeromobili deltaplani, ultraleggeri e parapendio, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto//casi legati alla circolazione stradale//controversie derivanti dall'attività e/o esercizio del lavoro autonomo, della libera professione o di impresa//le controversie contrattuali con la Società//adesione ad azioni di classe (class action)//infortuni avvenuti nell'ambito della vita extraprofessionale//controversie derivanti da prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica//controversie derivanti dalla pratica di Sport Agonistici e Sport Professionistici//controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio//controversie derivanti da regate transoceaniche//controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici e/o Motonautici//controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei// controversie derivanti dalla guida e uso di mezzi subacquei// l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e le infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a infortunio indennizzabile.

ASSISTENZA: non opera per: di atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, nonché di aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico e sociale ed ai quali l'Assicurato abbia partecipato attivamente//di eventi naturali di carattere eccezionale per intensità e delimitazione geografica laddove non sia materialmente ed oggettivamente possibile intervenire//della pratica di sport aerei, paracadutismo, deltaplano o della partecipazione a corse e gare motoristiche e relative prove ed allenamenti//di azioni delittuose compiute dall'Assicurato//di alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o di allucinogeni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Unipol Infortuni Business è rivolto a persone giuridiche e a persone fisiche titolari di attività professionali, la cui esigenza assicurativa è rappresentata dalla necessità di tutelare soggetti identificati e/o gruppi omogenei di dipendenti dagli infortuni durante le attività professionali svolte, con possibile estensione a quelle extraprofessionali; in quest'ultimo caso, e per soggetti identificati, la copertura può essere estesa anche ai relativi nuclei familiari. L'esigenza principale è quella 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:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Unipol.

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: Infortuni 2,5%; Perdite Pecuniarie per la garanzia Protezione del Reddito 21,25%; Tutela Legale 21,25%; Assistenza 10%. Detrazione fiscale. Non prevista. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il Contraente o, se persona diversa, l'Assicurato - a cui sia richiesto di fornire informazioni relative al proprio stato di salute - è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet della Società al seguente link https://www.unipol.it/informativa-oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il Contraente/Assicurato, che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente alla Società o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente/Assicurato. La Società ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente/Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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 BUSINESS

Assicurazione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01101 / 000 / 00000 / C – Ed. 15 / 03 / 2026

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

GLOSSARIO	1 di 49
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6 di 49
2. SEZIONE INFORTUNI	13 di 49
3. SEZIONE TUTELA LEGALE	24 di 49
4. SEZIONE ASSISTENZA	28 di 49
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	33 di 49
 NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	 45 di 49
 NUMERI E RIFERIMENTI UTILI	 49 di 49

FAQ

I box di consultazione sono degli appositi spazi contrassegnati da simboli, facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali.

Contengono:

-  **DUBBI:** risposte in caso di chiarimenti o indicazioni da seguire;
-  **ATTENZIONE:** punti su cui porre particolare attenzione;
-  **RECAPITI:** riferimenti utili a cui rivolgersi.

Tali spazi non hanno valore contrattuale ma, in alcuni casi, ne riportano solo degli esempi. Perciò, è sempre necessario porre 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:

Abitazione (per la Sezione Assistenza): la residenza anagrafica dell'Assicurato, avente sede in Italia, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.

Aeromobili: si intendono sia quelli ad ala fissa (monomotori e plurimotori), sia ad ala rotante (monomotori e plurimotori), alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili.

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

Annualità assicurativa: in caso di Polizza di durata pari 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.

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.

Assicurato (per la Sezione Assistenza): la persona fisica, residente in Italia, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino nella sua qualità di titolare, socio, dipendenti e l'eventuale Nucleo familiare se espressamente richiamato in Polizza.

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 prevista all'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che offre all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto entro i limiti definiti dall'Assicurazione, nel caso in cui egli si trovi in una situazione di difficoltà in seguito al verificarsi di un evento fortuito.

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.

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 operano.

Centrale Operativa: parte della Struttura organizzativa di UnipolAssistance S.c.r.l. che riceve le richieste di assistenza, organizza l'erogazione delle Prestazioni e fornisce direttamente alcune Prestazioni.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi.

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

Costituzione di parte civile (per la Sezione Tutela legale): richiesta di risarcimento danni, nel processo penale, da parte di chi ha subito il reato.

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera, nella quale è indicato il periodo di permanenza dell'Assicurato nella Struttura.

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

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutti i certificati medici (diagnosi, pareri e prescrizioni sanitarie, radiografie, esami strumentali e diagnostici) e relativa documentazione di spesa (comprese parcelle e ricevute dei medicinali).

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

Équipe medica (per la Sezione Assistenza): gruppo di medici reperibili tramite la Centrale Operativa, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno.

Familiare (per la Sezione Assistenza): parente ed affine fino al terzo grado anche non convivente con l'Assicurato o il convivente more uxorio.

Fatto illecito: azione od omissione contraria alla legge, violazione di un dovere o di un obbligo imposti dalla legge.

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

Franchigia: 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: è 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 purché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e prescritti da:

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

Inabilità Temporanea: perdita temporanea totale o parziale della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza.

Indennizzo/Rimborso: importo dovuto dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili e che abbiano per conseguenza morte, Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni previste dall'Assicurazione.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali. Rientrano nella definizione anche gli interventi effettuati mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Invalidità Permanente: perdita totale o parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere 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, alla fornitura dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoro aereo: attività di volo 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.

Luogo dell'assistenza (per la Sezione Assistenza): località in cui si trova l'Assicurato, presso la quale la Società è chiamata a fornire le Prestazioni previste.

Luogo di trasferta: località in cui si trova l'Assicurato per ragioni di servizio.

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

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 dell'Assicurato alla data del Sinistro.

Perito (per la Sezione Tutela legale): l'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

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

Premio: importo dovuto dal Contraente alla Società quale prezzo dell'Assicurazione.

Prescrizione (per la Sezione Tutela legale): l'estinzione di un diritto che avviene se il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Prestazione di Assistenza (per la Sezione Assistenza): l'aiuto che la Società fornisce all'Assicurato quando, in conseguenza di un evento fortuito, questi viene a trovarsi in una situazione di difficoltà.

Procedimento penale: inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente per mezzo di informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del Reato ascritto.

R.A.L. (Retribuzione Annuale Lorda): è la retribuzione lorda su base annua pattuita tra il datore di lavoro ed il dipendente come risultante al momento del sinistro. In caso di contratti a tempo determinato si considera l'effettiva retribuzione lorda pattuita per la durata del contratto di lavoro stesso.

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 in Istituto di Cura con pernottamento documentata da cartella clinica con scheda nosologica. La degenza in ospedalizzazione domiciliare è equiparata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

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

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, da parte dell'Assicurato (anche in modo volontario), effettuate con intensità superiore alle proprie ordinarie abitudini di vita e lavoro.

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

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

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

Spese di giustizia: spese del processo che in un Procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese processuali vengono pagate da ognuna delle Parti; a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifonderle.

Sport Aerei: sono quelli effettuati anche in qualità di pilota con: Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 ad ala fissa o ala rotante, alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili ultraleggeri, deltaplani, paramotori, parapendii, apparecchi e/o attrezzi per il volo da diporto o sportivo, paracadutismo.

Sport Agonistici: sono quelli effettuati da persone tesserate di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI con età pari o superiore a 12 anni e specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico. Le attività sportive praticate con le precedenti modalità da persone con età inferiore a 12 anni verranno invece considerate come Sport del tempo libero.

Sport ad Alto Rischio: è 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, wingsuit flying (volo con tuta alare), big wave surfing, deep water soloing (DWS), speleologia.

Sport del tempo libero: sono quelli aventi finalità ricreative anche se effettuate da tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e non specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a gare, competizioni o a manifestazione sportiva di carattere agonistico. Rientrano in questo ambito anche gli sport con partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

Sport Motoristici/Motonautici sono 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 dei precedenti veicoli, **ad esclusione delle 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 stipulato 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, Universiadi, 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 per mezzo di stimoli appropriati; richiede inoltre l'uso persistente 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.

Struttura organizzativa (per la Sezione Assistenza): il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione centralizzato o meno, di UnipolAssistance S.c.r.l., destinato alla gestione dei Sinistri del ramo assistenza.

Struttura sanitaria: l'Istituto di Cura o la clinica di ricovero dotati di attrezzature per il pernottamento di pazienti e/o per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzati alla fornitura di assistenza ospedaliera.

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 uno stesso 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.

Trasferta (per la Sezione Assistenza): spostamento temporaneo e occasionale del lavoratore ad oltre 50 km dalla sua sede di lavoro abituale per lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Vertenza (per la Sezione Tutela legale): il conflitto di pretese tra Assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

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 le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. L'Assicurazione riprende effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Durata dell'Assicurazione e poliennalità¹

L'Assicurazione può avere una durata:

- di un Anno
- maggiore di un Anno.

L'Assicurazione opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa solo se stipulata con la Società, entro - e non oltre - le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Polizza; diversamente l'Assicurazione cessa alla scadenza.

Se è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 Anni), per ciascuna Annualità assicurativa il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto 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.

Inoltre, se la durata è poliennale, il Contraente, come previsto dal 1° comma dell'articolo 1899 del Codice Civile:

- per durate fino a 5 Anni, non può recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 Anni, può recedere solo dopo i primi 5 Anni, comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 1.3 - Assenza del tacito rinnovo dell'Assicurazione²

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, pertanto termina alla sua naturale scadenza senza che sia necessario inviare alcuna comunicazione di disdetta. Alla scadenza della Polizza, con l'obiettivo di rendere un servizio alla clientela al fine di agevolarla nelle proprie valutazioni, al Contraente potranno essere indicati il Premio e le condizioni di un eventuale rinnovo dell'Assicurazione, rimanendo salvo naturalmente il suo diritto di stipulare o meno il rinnovo con la Società. In tal caso, la Società mette a disposizione del Contraente le nuove condizioni assicurative e tariffarie attraverso una comunicazione inviata al Contraente.

Il Contraente può:

- accettare e pagare il nuovo Premio proposto: il pagamento comporta l'accettazione del contratto, del

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?



L'Assicurazione può avere una durata di un Anno o maggiore di un Anno. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni Anno di durata. La percentuale di sconto applicato viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata dell'Assicurazione. Se la durata poliennale è superiore a cinque Anni il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione solo dopo i primi cinque Anni.

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza o prosegue?



L'Assicurazione è stipulata "senza tacito rinnovo", pertanto, la copertura assicurativa termina la sua efficacia alla scadenza senza bisogno di comunicazione tra le Parti.

- Premio e delle eventuali nuove condizioni;
- rifiutare e non pagare il nuovo Premio proposto: in questo caso il contratto termina alla data di scadenza.

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

Il Contraente e la Società possono recedere dall'Assicurazione dopo ogni Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tramite comunicazione inviata all'altra Parte.

La comunicazione, effettuata con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata) se il Contraente ne è in possesso, diventa efficace:

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

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa il Premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

L'eventuale incasso di Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro ed il rilascio della quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.5 - Cessazione dell'Assicurazione per limite d'età

Il limite massimo di età assicurabile è di 80 anni.

Se uno degli Assicurati raggiunge il limite di età di 80 anni durante il periodo di validità dell'Assicurazione, solo per questa persona, tutte le garanzie acquistate in Polizza terminano alla scadenza dell'Annualità in corso.

Se l'Assicurazione opera a PERSONA con estensione al NUCLEO FAMILIARE, come meglio precisato al successivo Art. 1.15 - Identificazione degli Assicurati e il predetto limite d'età viene raggiunto da parte dell'Assicurato individuato nominalmente in Polizza tutte le garanzie terminano alla scadenza dell'annualità in corso per lui e per l'intero Nucleo Familiare.

Quando e come devo pagare

Art. 1.6 - Pagamento del Premio³

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

Art. 1.7 - Frazionamento del Premio⁴

Premesso che il Premio è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo la scadenza della rata. La Società è esonerata da ogni obbligo mantenendo comunque il diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che si deve pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa. Esso viene determinato, al momento della stipula dell'Assicurazione, 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 stipulato, non potrà operare. Pertanto, se è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della stipula; se il Premio è frazionato, al pagamento di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si conferma l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.



Art. 1.8 - Pagamento frazionato mensile del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La Società si riserva di concedere (e, una volta concessa, di revocare) al Contraente che ne faccia richiesta, la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in rate mensili, tramite addebito ricorrente con applicazione di una maggiorazione. In relazione al frazionamento mensile del Premio la Società e il Contraente convergono 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 è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se la Società comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

- (i) aderire alla funzionalità denominata "Aggregatore dei metodi di pagamento" gestito dalla Società;
- (ii) 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 e-mail 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 fornendo indirizzo e-mail e numero di cellulare di tale soggetto;
- (iii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti al precedente articolo A.1;
- (iv) provvedere subito al pagamento anticipato della prima rata con una delle modalità consentite dalla Società;
- (v) obbligarsi a pagare il Premio residuo in rate mensili, con il metodo di pagamento di cui al punto (iii).
Il Contraente può inoltre modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente recandosi in Agenzia o tramite l'Area Riservata.

Durante la validità dell'Assicurazione, il Contraente deve comunicare alla Società eventuali variazioni degli strumenti di addebito ricorrente, nonché eventuali revoche del servizio di addebito.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società invierà le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi all'Assicurazione in modalità digitale (per esempio: sull'Area Riservata, all'indirizzo e-mail/PEC o al numero di cellulare forniti). Il Contraente deve comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto recandosi in Agenzia o tramite Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite addebito ricorrente autorizza la Società a inviare all'Istituto di Credito e/o all'Istituto di Moneta Elettronica del cliente gli ordini di addebito della rata mensile del Premio nelle seguenti tempistiche:

- per addebiti tramite SEPA Direct Debit - nei 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata, o 6 giorni lavorativi prima nel caso in cui la data di scadenza della rata mensile coincida con il sabato, la domenica o un giorno festivo;
- per addebiti tramite Carta di Credito/Debito - 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata.

In seguito all'avvenuto addebito, la Società comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e fornisce in Area Riservata e APP la quietanza per la quale è stato pagato il Premio. La Polizza costituisce l'assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) della Società verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

In caso di mancato addebito, la Società comunica al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste in Polizza a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di eventuali altre rate successive. A questo punto il Contraente deve comunicare:

- se il metodo di pagamento è ancora valido - in questo caso la Società effettua ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo non è più valido - in tal caso il Contraente deve indicare un nuovo metodo tra quelli previsti al precedente punto A.1, che opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine. Se non lo fornisce, la concessione del frazionamento mensile sarà revocata e il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento.

Trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunica la revoca del frazionamento mensile, e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente deve pagare le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo dell'Assicurazione

Poiché il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che intende rinnovarlo e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza in caso di pagamento ricorrente tramite SEPA Direct Debit;
- almeno 2 giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che la Società mantenga la disponibilità al frazionamento mensile con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà pagare la prima rata concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Qualora in capo al Contraente risultino una o più rate mensili non pagate, il frazionamento mensile non potrà essere rinnovato fino a che il Contraente non abbia provveduto a corrispondere tutte le rate non pagate.

D. Revoca del frazionamento mensile

Durante la validità del Contratto la Società revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- cessazione del contratto, in presenza di consenso della Società;
- se vengono meno i requisiti previsti al precedente articolo A.2 o si verifichi uno dei casi di mancato addebito di cui al precedente articolo B.2 che abbiano come conseguenza la revoca del frazionamento mensile;

- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, a differenza di quanto previsto dal precedente articolo A.3.

Se la Società revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.

Art. 1.9 - Adeguamento delle Somme assicurate e dei relativi Premi

L'Assicurazione è soggetta ad adeguamento automatico per indicizzazione alla scadenza di ogni Annualità assicurativa.

Le Somme assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi sono collegati all'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI) pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'Anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ciascuna Annualità assicurativa si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) e l'indice del mese di settembre dell'Anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento o in diminuzione, le Somme assicurate ed il Premio vengono adeguati in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Non sono soggetti a adeguamento gli importi relativi ad indennizzi calcolati in funzione della R.A.L. e i relativi massimi, 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:

- l'importo massimo di cui all'Art. 2.7 - Massimale catastrofale;
- tutte le prestazioni della Sezione Assistenza e Tutela legale.

Resta salva la facoltà per la Società, alla scadenza della Polizza, al fine di mettere a disposizione del Contraente/Assicurato una copertura aggiornata, di comunicare la disponibilità a rinnovare l'Assicurazione a diverse condizioni di Premio e contrattuali, come previsto dall'Art. 1.3 - Assenza del tacito rinnovo dell'Assicurazione.

Art. 1.10 - Determinazione del Premio

Il Premio è determinato in base ai dati riportati in Polizza e il Contraente è obbligato a comunicare alla Società tutte le variazioni che dovessero intervenire successivamente alla stipulazione.

In caso di Assicurazione a favore di uno o più GRUPPI OMOGENEI, di cui al successivo Art. 1.15 - Identificazione degli Assicurati, il Premio è determinato anche:

- in base al numero dei soggetti che compongono ciascun GRUPPO OMOGENEO;
- e, se effettuata questa scelta, in base alla R.A.L. dichiarata e indicata dal Contraente in Polizza per ciascun GRUPPO OMOGENEO;

con la conseguenza che in caso di Sinistro la Società lo liquida riducendolo in proporzione al minor Premio percepito, se il numero di soggetti e/o l'eventuale importo complessivo della R.A.L. dichiarati in Polizza risultino superiori alle tolleranze previste, rispettivamente, di 2 soggetti con riferimento al numero dei soggetti che compongono ciascun GRUPPO OMOGENEO, e del 10% con riferimento all'eventuale R.A.L. dichiarata per ciascun GRUPPO OMOGENEO.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessarie.

Al fine di un eventuale rinnovo del contratto come precisato nell'Art. 1.3 - Assenza del tacito rinnovo dell'Assicurazione, entro 15 giorni antecedenti la scadenza della Polizza, il Contraente comunica eventuali variazioni in aumento o diminuzione che si sono verificate rispetto alla precedente Annualità relativamente:

- a) al numero dei soggetti che compongono ciascun GRUPPO OMOGENEO;
- b) all'importo complessivo della R.A.L. di ciascun GRUPPO OMOGENEO, se effettuata questa scelta.

In caso di Polizza poliennale il Contraente, entro 15 giorni antecedenti la scadenza di ogni annualità assicurativa - se non previsto il pagamento anticipato del Premio per l'intera durata del contratto -

comunica alla Società le variazioni in aumento o in diminuzione che si sono verificate nel corso dell'Annualità precedente relativamente:

- a) al numero dei soggetti che compongono ciascun GRUPPO OMOGENEO;
- b) all'importo complessivo della R.A.L. di ciascun GRUPPO OMOGENEO, se effettuata questa scelta.

Che obblighi ho

Art. 1.11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, la Società può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (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. 1.12 - Aggravamento del Rischio⁵

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società dei cambiamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti non conosciuti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. In questo caso l'Assicurazione termina come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.13 - 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, come previsto dall'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

Art. 1.14 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dichiarare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di assicurazioni relative allo stesso Rischio e alle stesse garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le somme assicurate.

La mancata comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni, 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 o l'Assicurato della presente Assicurazione;
- polizze stipulate a copertura del Rischio infortuni della circolazione;
- garanzie infortuni 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;
- Assicurazione a favore di GRUPPI OMOGENEI e/o del NUCLEO FAMILIARE, in relazione ai soggetti che vi appartengono.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori e indicare a ciascuno

5 Come faccio a 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 - richiamati 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 di tali articoli.

il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile. L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

Altre norme

Art. 1.15 - Identificazione degli Assicurati

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

- **GRUPPO OMOGENEO:**

sono Assicurati tutti i soggetti appartenenti ad una medesima categoria di dipendenti, ad esempio:

- Dirigenti
- Quadri
- Impiegati
- Operai

che al momento del Sinistro risultino regolarmente assunti dal Contraente. Il Contraente è esonerato dal fornire preventivamente le generalità delle persone Assicurate per la loro identificazione e si obbliga ad esibire la documentazione comprovante il rapporto di lavoro (a titolo esemplificativo contratto di lavoro, Libro Unico del Lavoro, comunicazione obbligatoria di assunzione) in qualsiasi momento a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.

Le persone che non fossero regolarmente assunte non si riterranno Assicurate.

Eventuali variazioni in corso di contratto in ordine all'ingresso e/o uscita di personale avranno automatica validità agli effetti della garanzia senza obbligo di comunicazione da parte del Contraente, salvo quanto previsto all'Art. 1.10 - Determinazione del Premio in relazione alle tolleranze ammesse.

- **PERSONA:** uno o più Assicurati individuati nominalmente in Polizza nonché il relativo **NUCLEO FAMILIARE**, se indicata l'estensione della copertura a quest'ultimo. Se effettuata, l'estensione al NUCLEO FAMILIARE opera in relazione alle sezioni Infortuni e Assistenza e a condizione che sia stata scelta la forma delle coperture TEMPO LIBERO e LAVORO di cui all'Art. 2.2 - Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari.

Art. 1.16 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.17 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne sono in possesso. Le comunicazioni dell'Assicurato o del Contraente devono essere inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, salvo quanto previsto agli Articoli:

- 1.3 - Assenza del tacito rinnovo dell'Assicurazione;
- 1.8 - Pagamento frazionato mensile del Premio tramite addebito ricorrente - A.3 Comunicazioni contrattuali.

Art. 1.18 - Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.19 - Foro competente

Per le controversie 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. 1.20 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 - Garanzie Base⁶

Durante il periodo di validità dell'Assicurazione, la Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato. L'indennizzo viene riconosciuto solo per gli Infortuni conseguenti alle attività indicate nella Forma di copertura scelta tra quelle indicate al successivo Art. 2.2 - Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari e nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate⁷ indicate in Polizza.

Le conseguenze dell'Infortunio coperte dalla Garanzia Base sono l'Invalidità Permanente da Infortunio e il Decesso da Infortunio.

Art. 2.1.1 - Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia opera per l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente da Infortunio dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata in Polizza. L'Invalidità Permanente da Infortunio è determinata come previsto negli Artt. 5.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio, 5.3 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini, 5.4 - Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo e 5.5 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri. La garanzia opera anche se l'Invalidità Permanente da Infortunio si verifica dopo la scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

La liquidazione dell'Indennizzo è effettuata con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro indicata in Polizza.

Art. 2.1.2 - Decesso da Infortunio

La garanzia opera per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata in Polizza. La garanzia opera anche nel caso di morte successiva alla scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio. L'Assicurato, o il Contraente, con il consenso dell'Assicurato, può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione. La designazione può avvenire:

- al momento della stipula dell'Assicurazione, indicandola all'interno della Polizza;
- successivamente, attraverso dichiarazione scritta comunicata alla Società.

In entrambi i casi essa è revocabile o modificabile per iscritto con lettera raccomandata e/o PEC (posta elettronica certificata), precisando i Beneficiari per i quali viene effettuata la revoca o la modifica. In caso di più Beneficiari designati, le somme liquidate per il decesso dell'Assicurato sono ripartite in parti uguali, salvo diversa indicazione. L'Indennizzo per Decesso da Infortunio non è cumulabile con l'Indennizzo per Invalidità Permanente. Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio è stato liquidato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari o, se non designati, gli eredi hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già liquidato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

6 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 acquistare, oltre alla garanzia base, la garanzia supplementare Rimborso spese mediche.

7 Come faccio a ricordarmi le limitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?



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

1) Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida l'Indennizzo previsto per Decesso da Infortunio, in caso di Stato Comatoso Irreversibile causato da Infortunio indennizzabile a termini di contratto. La Società liquida l'Indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che confermi il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo ininterrotto di 180 giorni come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente. La Società liquida l'Indennizzo come previsto nell'Art. 5.7.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.2 - Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari

Forma di copertura⁸

Sono indennizzabili gli Infortuni subiti dall'Assicurato in base alla Forma di copertura scelta:

A) LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza. Sono compresi gli infortuni che si verificano durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa.

B) TEMPO LIBERO E LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza compresi gli infortuni che si verificano durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa.
- nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Se in Polizza è prevista l'estensione al NUCLEO FAMILIARE, per i soggetti che vi appartengono l'Assicurazione opera per i soli Infortuni subiti nel tempo libero, con esclusione delle attività avente carattere professionale.

Eventi considerati come infortuni⁹

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura scelta, sono considerati Infortuni anche i seguenti eventi:

- a. l'asfissia non dipendente da Malattia;
- 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, escluse la malaria e le 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 da Infortunio è liquidata come previsto nell'Art. 5.3 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini. Esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e Indennità da ricovero se acquistata;

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



Non è detto, l'Assicurazione opera in base alla scelta effettuata dal Contraente il quale può personalizzare la Polizza indicando le attività su cui vuole essere coperto tra Lavoro, Tempo Libero e Lavoro.

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



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 - vengono espressamente equiparati all'Infortunio e, quindi, compresi nella copertura assicurativa.

- h. le ernie addominali da sforzo, escluso ogni altro tipo di ernia. L'Invalidità Permanente da Infortunio è liquidata come previsto nell'Art. 5.4 - Criteri di valutazione delle ernie addominali da sforzo. La copertura è limitata alle garanzie Invalidità Permanente da Infortunio, Decesso da Infortunio, Indennità da ricovero se acquistata;
- 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 della copertura a Rischi particolari

Sono indennizzabili anche gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato a causa di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano. L'estensione opera per 14 giorni dall'inizio di tali eventi e purché l'Assicurato sia stato sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trovi nello stato estero.

2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato in occasione di tumulti popolari (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile), Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale purché l'Assicurato non vi abbia partecipato attivamente (salvo il caso di legittima difesa).

3) Rischio Volo

L'Assicurazione vale 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 per i voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- Aeroclub.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili. Per l'operatività dell'Assicurazione il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui l'Assicurato è sceso.

4) Rischio Sport del tempo libero

Limitatamente alla sola Forma di copertura "Tempo libero e lavoro" ed estensione al Nucleo Familiare l'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero.

5) Rischio eventi naturali catastrofici

Le garanzie Decesso da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio operano anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato a causa di: Terremoti (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile), eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni. Limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto è determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.

Art. 2.3 - Delimitazioni ¹⁰

I Massimali e le Somme assicurate indicati nelle Condizioni di Assicurazione e in Polizza rappresentano

10 Cosa si intende quando una garanzia indica un limite massimo per sinistro ed un limite massimo per Annualità assicurativa?

?

In caso di sinistro, la somma massima che viene indennizzata è pari all'importo del limite massimo stabilito per il sinistro. Per cui, se il danno subito supera l'ammontare del limite massimo, la parte in eccesso non viene liquidata.

Inoltre, se nello stesso Anno accadono più Sinistri, la somma degli indennizzi non potrà essere superiore al limite massimo per Annualità assicurativa.

Esempio: garanzia con un limite massimo per Sinistro di € 6.000 e limite annuale di € 10.000:

- primo Sinistro: indennizzabile per € 7.000; liquidazione effettiva € 6.000 in quanto è stato superato il limite per Sinistro;
- secondo Sinistro accaduto nella medesima Annualità assicurativa del precedente: € 6.000; liquidazione effettiva € 4.000 in quanto è stato superato il limite per Annualità assicurativa.

il limite massimo di Indennizzo per Sinistro. Inoltre, quando viene precisato che operano per Annualità Assicurativa, la somma degli Indennizzi relativi a uno o più Sinistri verificatisi in una determinata Annualità Assicurativa non può superare tali importi.

Cosa NON assicura

Art. 2.4 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non ha la necessaria abilitazione. L'Assicurazione opera tuttavia nel caso di:
 - abilitazione scaduta ma rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite in seguito al Sinistro;
 - Infortuni subiti dai minori assicurati alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto previsto nell'Art. 2.1 - Garanzie Base - Estensioni della copertura a Rischi particolari, punto 3) Rischio volo;
- c) pratica di Sport a livello Agonistico e/o Professionale;
- d) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport ad alto rischio;
- e) regate transoceaniche;
- f) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport motoristici e/o motonautici;
- g) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport aerei;
- h) guida e uso di mezzi subacquei;
- i) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli;
- 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 nell'Art. 2.1 - Garanzie Base - Estensioni della copertura a Rischi particolari, 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 necessari in conseguenza di Infortunio;
- o) azioni o comportamenti dell'Assicurato causati da:
 - infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniacodepressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson.
 - alcolismo cronico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- p) infarto e ictus determinati da qualsiasi causa;
- q) infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a Infortunio indennizzabile.

Come personalizzare¹¹

Art. 2.5 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può acquistare una o più Garanzie Supplementari tra quelle di seguito proposte. La garanzia opera se indicata in Polizza e se sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.5.1 - Rimborso spese mediche

In caso di Infortunio, subito durante l'operatività dell'Assicurazione, la Società rimborsa le spese di cura sostenute dall'Assicurato, non oltre i due anni successivi all'Infortunio per:

- a) accertamenti diagnostici;
- b) onorari per visite con medici generici e/o specialisti e, 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 (sono esclusi gli apparecchi protesici sostitutivi di quelli già presenti e danneggiatisi in seguito all'Infortunio);
- c) medicinali, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi eseguiti da medici/paramedici che esercitano 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 dovuto dall'Infortunio;
- e) rette di degenza;
- f) acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per facilitare il processo di guarigione;
- g) protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e purché la protesi sia applicata non oltre due anni dalla data del Sinistro. Sono escluse le protesi dentarie sostitutive di quelle già presenti e danneggiatesi in seguito all'Infortunio. Resta inoltre sempre escluso il Rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie non necessarie a seguito dell'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 rimborsa le spese di cura con le seguenti modalità:

1) Prestazioni in Strutture Sanitarie

Se l'Assicurato ricorre ad una Struttura Sanitaria privata o pubblica, ha diritto al Rimborso delle spese sostenute. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata in Polizza. In questo caso viene applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 50 e con il massimo di € 250 per ogni Infortunio.

2) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Se l'Assicurato ricorre a prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, oppure ad altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc.), ha diritto al Rimborso dei ticket e delle spese sanitarie rimaste a suo carico. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata in Polizza aumentata di € 1.000. In questo caso non viene applicato alcuno Scoperto.

Nel corso dell'Annualità Assicurativa, la Somma assicurata indicata in Polizza è unica per le prestazioni indicate ai punti 1) e 2). L'Assicurato, quindi, può ottenere l'aumento dell'Indennizzo previsto al punto 2) solo dopo aver esaurito la Somma assicurata indicata in Polizza.

¹¹ È possibile personalizzare la copertura assicurativa?

Si, poiché ogni Cliente ha 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 permettono di personalizzare alcuni sottolimiti e Franchigie / Scoperti.

?

Art. 2.5.2 - Indennità da Ricovero¹²

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme, a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata in Polizza:

a) Indennità da Ricovero

la garanzia opera in caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day Hospital, reso necessario da Infortunio.

La Società liquida all'Assicurato a seguito di guarigione clinica ultimata:

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

L'indennità viene liquidata per ogni Infortunio fino a un massimo di 365 giorni.

Non è considerato giorno di Ricovero il giorno di dimissione dall'istituto di Cura.

b) Indennità da Ricovero e Convalescenza

Oltre a quanto previsto alla lettera a), la Società liquida una Indennità da 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 2 giorni consecutivi. La garanzia opera per un periodo massimo aggiuntivo di 90 giorni senza alcun obbligo di certificato medico.

Non è considerato giorno di Ricovero il giorno di dimissione dall'istituto di Cura.

Art. 2.5.3 - Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura

Se l'Infortunio ha come conseguenza una frattura scheletrica radiologicamente accertata e per la quale diventa necessaria una Immobilizzazione, applicata e rimossa esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico, la Società liquida l'indennità giornaliera indicata in Polizza fino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un periodo massimo di 60 giorni per ogni Infortunio.

La Società liquida l'indennità giornaliera indicata in Polizza anche nei seguenti casi:

- frattura scheletrica radiologicamente accertata per la quale i sanitari non ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione per il periodo risultante dal certificato medico;
- Infortunio per cui i sanitari ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione in assenza di frattura.

I giorni indennizzabili vengono calcolati senza applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 2.5.4 - Inabilità Temporanea¹³

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme, a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata in Polizza:

a) Inabilità Temporanea Totale

la Società liquida, in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Inabilità Temporanea e per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'Indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto svolgere, per totale incapacità fisica, l'attività professionale dichiarata in Polizza.

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

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

Assicurata: 50 € per giorno di degenza

Importo liquidato: 14 giorni x 50 € = 700 € [per il calcolo delle giornate di degenza non viene considerato il giorno di dimissione]

13 Come funziona il calcolo dell'indennizzo? Esempio garanzia Inabilità Temporanea:

Somma Assicurata per l'Indennità giornaliera: € 75

Inabilità Totale: 20 giorni Franchigia: 7 giorni

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

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

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

b) Inabilità Temporanea Totale/Parziale

la Società liquida, in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Inabilità Temporanea e per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'Indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto svolgere, per totale o parziale incapacità fisica, l'attività professionale dichiarata in Polizza.

Per entrambe le forme indicate ai precedenti punti a) e b), i giorni indennizzabili vengono calcolati con la detrazione di 7 giorni di Franchigia. Inoltre, dall'8° al 15° giorno l'indennità liquidata non potrà mai essere superiore ad € 50 e dal 16° giorno viene liquidata l'intera Somma assicurata.

Tali Franchigie non si applicano quando l'Infortunio comporti:

- un Ricovero in Istituto di cura pari o superiore a 2 giorni;
- un Day Hospital di un giorno con intervento chirurgico.

Al di fuori dell'Europa l'Indennità Temporanea è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite termina dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.5.5 - Protezione del Reddito

La Società in caso di Infortunio Indennizzabile a termini di Polizza indennizza il Contraente per le perdite pecuniarie derivanti dall'assenza dell'Assicurato infortunato dallo svolgimento dell'attività lavorativa. L'indennizzo è forfettariamente stabilito nella misura percentuale, indicata in Polizza, rispetto agli Indennizzi riconosciuti dalla Società agli Assicurati per le seguenti garanzie se acquistate:

- **Decesso da Infortunio;**
- **Invalidità Permanente da Infortunio**, se l'Invalidità accertata è pari o supera al 30%;
- **Inabilità temporanea, Indennità da Ricovero e Indennità da Immobilizzazione in caso di frattura**, esclusivamente quando l'assenza dell'Assicurato, attestata da documentazione medica, superi i 30 giorni lavorativi.

Se la Polizza assicura un solo soggetto, che coincide con il Contraente, l'Indennizzo da Protezione del Reddito non viene corrisposto in caso di Decesso da Infortunio.

La Società rimborsa inoltre al Contraente, fino all'importo di € 5.000, le spese necessarie sostenute e debitamente documentate per adeguare ed eliminare eventuali barriere architettoniche presenti sul luogo di lavoro a seguito d'Infortunio di un Assicurato al quale sia stata riconosciuta una Invalidità Permanente da Infortunio pari o superiore al 30%.

Art. 2.5.6 - Trasferte di lavoro

Per gli Infortuni che si verificano durante le trasferte di lavoro documentabili dal Contraente, compreso il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di trasferta e viceversa, e per la durata massima di 60 giorni consecutivi per singola trasferta, la Società presta le seguenti garanzie:

- Rimborso spese mediche, fino ad un massimo di € 2.500;
- Inabilità temporanea Totale/Parziale, con Indennità giornaliera di € 50 (Somma assicurata);
- Indennità da Ricovero, con un'Indennità giornaliera di € 50 (Somma assicurata);
- Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura, con un'Indennità giornaliera di € 50 (Somma assicurata).

Se una o più delle suddette garanzie fossero eventualmente già state acquistate, la Società calcola gli Indennizzi per esse dovuti maggiorando le relative Somme assicurate della percentuale indicata in Polizza per la garanzia Trasferte di Lavoro; per quelle non già acquistate vale quanto indicato sopra.

La copertura opera nella forma TEMPO LIBERO e LAVORO indipendentemente dalla scelta indicata in Polizza.

Come assicura

Art. 2.6 - Ripartizione delle Somme Assicurate

La Società, secondo quanto previsto dall'Art. 1.15 - Identificazione degli Assicurati presta le garanzie di questa Sezione **nei limiti delle Somme assicurate indicate in Polizza** secondo le seguenti regole:

GRUPPO OMOGENEO

Le garanzie operano a favore di ciascun componente il GRUPPO OMOGENEO **e nei limiti delle Somme assicurate indicati in Polizza.**

PERSONA

Le garanzie operano a favore della PERSONA indicata nominalmente e **nei limiti delle Somme assicurate indicati in Polizza.**

Nel caso di estensione al **NUCLEO FAMILIARE**, le garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e, **se acquistate**, Rimborso Spese Mediche e Indennità da Ricovero, vengono prestate anche per i soggetti appartenenti al Nucleo Familiare della PERSONA indicata nominalmente in Polizza.

In relazione alle garanzie prestate a favore dei componenti del NUCLEO FAMILIARE **le Somme indicate in Polizza vengono prestate, globalmente e per Annualità Assicurativa, fino ad un massimo della percentuale indicata in Polizza; inoltre, in caso di Invalidità Permanente da Infortunio che colpisca una persona del Nucleo familiare verrà applicata la Franchigia indicata in Polizza.**

Art. 2.7 - Massimale catastrofale

Se lo stesso evento colpisce 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 termini di Polizza superano nel loro complesso tale importo, questi vengono proporzionalmente ridotti.

Art. 2.8 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 2.9 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 - Garanzie Base, Estensioni della copertura a Rischi particolari 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 GRUPPO OMOGENEO e PERSONA; in caso di estensione a favore dei componenti del NUCLEO FAMILIARE i seguenti limiti si intendono prestati, globalmente e per Annualità Assicurativa, **fino ad un massimo della percentuale indicata in Polizza.**

Garanzie base

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Invalità Permanente da Infortunio	Invalità Permanente da Infortunio	fino alla Somma assicurata indicata in Polizza	Franchigia indicata in Polizza
	Rischio guerra, insurrezioni all'estero	massimo 14 giorni dall'insorgenza	
	Rischio Eventi naturali catastrofici	entro il 50% della Somma assicurata	
Decesso da Infortunio	Decesso da Infortunio	fino alla Somma assicurata indicata in Polizza	Non previsti
	Stato Comatoso irreversibile	fino alla Somma assicurata indicata in Polizza se lo Stato Comatoso perdura per 180 giorni ininterrotti	
	Rischio guerra, insurrezioni all'estero	massimo 14 giorni dall'insorgenza	
	Rischio Eventi naturali catastrofici	entro il 50% della Somma assicurata	
Massimale catastofale	Massimale catastofale	€ 5.000.000	Non previsti

Garanzie Supplementari

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Rimborso spese mediche	Rimborso spese Mediche	In caso di strutture sanitarie: Somma assicurata indicata in Polizza, per Annualità assicurativa	Scoperto 10% con il minimo di € 50 e con il massimo di € 250 per ogni Infortunio
		In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: Somma assicurata indicata in Polizza aumentata di € 1.000, per Annualità assicurativa	Non previsti
		Trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il 50% della Somma assicurata	Non previsti
Indennità da Ricovero	Indennità da Ricovero	Somma assicurata indicata in Polizza	Non previsti
		In caso di Ricovero Day-Hospital: 50% della Somma assicurata.	
		Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	
	Indennità da ricovero e Convalescenza	Somma assicurata indicata in Polizza	Degenza pari o superiore a 2 giorni consecutivi
		Indennità da Convalescenza per importo giornaliero e durata pari a quella del Ricovero o Day-Hospital	
		Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	
		Massimo 90 aggiuntivi	
Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura	Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura	Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	Non previsti

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Inabilità Temporanea	Inabilità Temporanea Totale	Somma assicurata indicata in Polizza per ogni giorno di totale incapacità fisica Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	Franchigia: 7 giorni. Dall'8° al 15° giorno l'Indennità non potrà mai essere superiore a € 50. Nessuna Franchigia in caso di: - 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/Parziale	Somma assicurata indicata in Polizza per ogni giorno di totale o parziale incapacità fisica Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	
Protezione del Reddito	Protezione del Reddito	Indennizzo forfettario in misura percentuale indicata in Polizza	Invalità Permanente accertata pari o superiore al 30%
		Spese sostenute per eliminare le barriere architettoniche: fino all'importo di € 5.000	Inabilità temporanea, Indennità da Ricovero e Immobilizzazione: se l'assenza supera i 30 giorni Importo riconosciuto se Invalità Permanente da Infortunio pari o superiore al 30%
Trasferte di lavoro	Trasferte di lavoro	La Società liquida l'indennizzo sulla base delle seguenti Somme assicurate: - Rimborso spese mediche € 2.500; - Inabilità temporanea € 50; - Indennità da Ricovero € 50; - Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura € 50 OPPURE se già acquistate le garanzie, le somme assicurate sono aumentate della percentuale indicata in Polizza Massimo 60 giorni consecutivi per singola trasferta	Vedi Franchigie/Scoperti indicati nelle garanzie: - Rimborso spese mediche; - Inabilità temporanea; - Indennità da Ricovero; - Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura.

Cosa assicura

Art. 3.1 - Garanzia Base

La Società indennizza le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, **non ripetibili dalla controparte**, necessarie all'Assicurato per la difesa dei propri interessi, in sede extragiudiziale e giudiziale. La copertura vale per le prestazioni garantite sotto riportate, **nei limiti del Massimale indicato in Polizza**.

Le spese coperte sono:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**;
- spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata, **fino a due tentativi per Sinistro**;
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria**;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- spese per la costituzione di parte civile nel Procedimento penale;
- compensi dei Periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel Procedimento penale.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio.

Prestazioni garantite^{15 16}

La garanzia opera a tutela dei diritti dell'Assicurato nell'ambito professionale ed in particolare per:

- 1) Danni subiti:** sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti dall'Assicurato per fatti illeciti di terzi, **che abbiano provocato un infortunio in ambito professionale**. La garanzia opera anche per eventi originati dalla circolazione stradale con mezzi propri o del Contraente **sempreché connessi all'espletamento di incarichi affidati dal Contraente stesso**.

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

No, è necessario l'acquisto di almeno una garanzia della Sezione INFORTUNI.



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

La scelta del legale è libera, quindi è possibile farsi assistere da un legale di fiducia oppure, soltanto in caso non ne avesse, da un legale indicato da ARAG.

Per i dettagli consultare le "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" - "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".



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

È necessario presentare denuncia scritta ad uno dei seguenti riferimenti:

- all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto;
- alla Società;
- ad ARAG (società cui è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela legale) tramite telefono al numero 045.8290411 ed E-MAIL a denunce@arag.it.

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" - "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".



- 2) **Controversie contrattuali per gli acquisti di strumenti medicali:** sono coperte le spese sostenute per le Vertenze contrattuali per l'acquisto di strumenti od ausili medicali resi necessari a seguito dell'Infortunio verificato in ambito professionale, **purché con valore in lite superiore a € 100.**
- 3) **Istituti ed enti pubblici di assicurazioni:** sono coperte le spese sostenute per le Vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS- INAIL) derivanti a seguito di un infortunio avvenuto in ambito professionale.

Art. 3.2 – Ambito di operatività

Le garanzie operano in caso di Infortunio subito nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata in Polizza.

La copertura assicurativa:

- non opera nell'ambito della vita extraprofessionale
- non viene estesa ai componenti del Nucleo Familiare dell'Assicurato.

Art. 3.3 – Assicurati

Gli Assicurati sono i soggetti, come precisato nell'Art. 1.15 - Identificazione degli Assicurati, che appartengono al GRUPPO OMOGEO (o ai GRUPPI OMOGENEI) riportato in Polizza e/o alle PERSONE in essa nominalmente indicate, **con esclusione dei relativi Nuclei familiari.**

Art. 3.4 - Consulenza telefonica

Per tutte le prestazioni di Tutela legale previste dalla Polizza, ARAG fornisce un servizio di consulenza telefonica al quale l'Assicurato può rivolgersi chiamando il seguente numero 800.508.008 per ricevere informazioni di carattere generale su:

- contratti e responsabilità extra contrattuale
- leggi, regolamenti e normativa vigente
- adempimenti previsti in caso di procedimenti civili, penali ed amministrativi
- informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie di Polizza
- modalità di denuncia di Sinistro e documentazione necessaria

Il numero è operativo:

lunedì - giovedì: 09:00-13:00; 14:00 - 17:00

venerdì: 09:00 - 13:00.

Cosa NON assicura

Art. 3.5 - Esclusioni

La garanzia non opera per:

- a) diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- b) materia amministrativa, tributaria e fiscale, salvo laddove espressamente previsto;
- c) fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- d) controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di Aeromobili deltaplani, ultraleggeri e parapendio, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto;
- e) fatti dolosi degli assicurati;
- f) casi legati alla circolazione stradale, salvo laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione ed in caso di ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere;
- g) controversie derivanti dall'attività e/o esercizio del lavoro autonomo, della libera professione o di impresa;
- h) le controversie contrattuali con la Società;
- i) fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- l) adesione ad azioni di classe (class action);
- m) infortuni avvenuti nell'ambito della vita extraprofessionale;

- n) controversie derivanti da prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- o) controversie derivanti dalla pratica di Sport Agonistici e Sport Professionistici;
- p) controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio;
- q) controversie derivanti da regate transoceaniche;
- r) controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici e/o Motonautici;
- s) controversie derivanti dalla pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei;
- t) controversie derivanti dalla guida e uso di mezzi subacquei.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e le infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a Infortunio indennizzabile.

Art. 3.6 – Spese non coperte dall'Assicurazione

Se l'Assicurato è coinvolto in una Vertenza, la Società non copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di giustizia;
- multe, ammende e Sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte;
- spese sostenute per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la Transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.

Come assicura

Art. 3.7 - Decorrenza della garanzia

La garanzia opera per i Sinistri insorti:

- a) durante il periodo di effetto della Polizza, se si tratta di danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato o di violazione o presunta violazione di norme amministrative;
- b) trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza (Carenza), relativamente alle Vertenze contrattuali.

Quando l'Assicurazione è emessa senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio dopo una precedente Polizza, le garanzie della presente Assicurazione, se previste anche nel precedente contratto, operano:

- senza la Carenza, se il precedente contratto ha una durata pari o superiore alla Carenza stessa;
- per i Sinistri che il precedente assicuratore ha rifiutato perché denunciati dopo il termine massimo dalla cessazione

del contratto, senza contestare il pagamento o l'adeguamento del Premio.

In questo caso, il Contraente/Assicurato in sede di denuncia del Sinistro deve fornire documentazione idonea a comprovare l'esistenza di una copertura assicurativa precedente di tutela legale.

Art. 3.8 – Limiti di copertura

La garanzia opera con i seguenti limiti:

- a) le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio;
- b) nelle Vertenze contrattuali per l'acquisto di strumenti o ausili medicali, sono coperte le spese sostenute

se il valore in lite è pari o superiore a € 100;

- c) se un Assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie previste in Polizza operano a secondo rischio.

Art. 3.9 - Massimale

La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza del Massimale per Assicurato indicato in Polizza, con il limite Annuo di € 50.000 per Polizza.

In caso di più Assicurati coinvolti in un unico Sinistro, la garanzia opera con un unico Massimale che viene equamente suddiviso tra tutti gli Assicurati, indipendentemente dalle spese sostenute da ognuno.

Se un Sinistro non esaurisce il Massimale, il restante viene suddiviso equamente tra gli Assicurati che non hanno ricevuto integrale Indennizzo.

Art. 3.10 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i Sinistri insorti e che devono essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trova:

- nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e alle Vertenze contrattuali. Solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo di Rimborso di € 3.000;
- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le Vertenze con Istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali.

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

SEZIONE TUTELA LEGALE			
Garanzia	Descrizione	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Garanzia Base	Garanzia Base	- Massimale indicato in Polizza per Sinistro per Assicurato con il limite Annuo di € 50.000 per Polizza; - Spese di operazioni di esecuzione forzata: massimo 2 tentativi per Sinistro; - 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 e per relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e Vertenze contrattuali è previsto un massimo esborso di € 3.000; - Controversie contrattuali per gli acquisti di strumenti medicali con valore in lite superiore a € 100.	Non previsti

Cosa assicura

Art. 4.1 - Garanzia Base

La Società eroga una o più Prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti e nel rispetto della Forma di copertura indicata in Polizza per la Sezione Infortuni.¹⁷

Date le peculiarità delle situazioni in cui possono essere fornite le Prestazioni sanitarie, la relativa erogazione è subordinata alla preventiva valutazione della situazione clinica da parte dell'Équipe Medica, il cui parere è vincolante per la Centrale operativa e per l'Assicurato, anche qualora quest'ultimo abbia sottoscritto le dimissioni volontarie dalla Struttura sanitaria presso cui si trova. Per decidere può avvalersi del parere dei medici curanti in loco. Se ritenuto necessario l'Équipe Medica potrà attivare il Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica.

In caso di Infortunio occorso all'Assicurato la Società per il tramite della Centrale operativa:

- a) fornisce all'Assicurato una consulenza medica telefonica sulla patologia segnalata e riguardo ai professionisti e alle strutture a cui rivolgersi per la diagnosi e la cura;
- b) trasporta l'Assicurato presso la Struttura sanitaria più idonea per la diagnosi e la cura necessaria al caso specifico, più vicina al Luogo dell'assistenza.
Se necessario, a giudizio della Centrale operativa, durante il trasferimento sarà presente personale sanitario specializzato e/o una persona indicata dall'Assicurato, che si trovi sul Luogo dell'assistenza. La Società tiene a proprio carico i costi relativi:
 - all'organizzazione ed all'esecuzione del trasporto, con il mezzo ritenuto più idoneo in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute;
 - all'accompagnamento durante il trasporto;
- c) trasferisce l'Assicurato presso la Struttura sanitaria più vicina alla sua Abitazione, idonea a erogare la cura necessaria, o presso la sua Abitazione.
Se necessario, a giudizio della Centrale operativa, durante il trasferimento sarà presente personale sanitario specializzato e/o una persona indicata dall'Assicurato, che si trovi sul Luogo dell'assistenza. L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai trasferimenti da Paesi dell'Europa e da quelli del bacino del Mar Mediterraneo.
La Società tiene a proprio carico i costi relativi:
 - all'organizzazione ed all'esecuzione del trasporto, con il mezzo ritenuto più idoneo in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute;
 - all'accompagnamento durante il trasporto;
- d) organizza il viaggio di un Familiare presso il Luogo dell'assistenza o presso la Struttura sanitaria dove l'Assicurato sia stato portato in conseguenza dell'evento, per consentirgli di prendersi cura:
 - dell'Assicurato ricoverato;

17 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

Per le prestazioni di Assistenza bisogna rivolgersi preventivamente alla Centrale operativa di UnipolAssistance 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e richiedere l'aiuto necessario:

- al numero verde 800-256976 se in Italia
- al numero +39 011-6523200 se all'estero
- E-MAIL areaassistenza@unipolassistance.it

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" - "Norme per la Sezione ASSISTENZA".



- dei minori di 15 anni rimasti soli.

La Società tiene a proprio carico i costi relativi:

- al viaggio di andata e ritorno, da effettuarsi con il mezzo di trasporto individuato tra quelli effettivamente disponibili e ritenuti più idonei, in relazione alla tratta da percorrere, **con esclusione dell'autovettura sostitutiva;**
- alle spese di albergo **fino a un importo massimo di € 250 per evento.**

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio la Società per il tramite della Centrale operativa:

- a) organizza il trasferimento della salma presso il luogo di sepoltura in Italia.

La Società tiene a proprio carico i costi relativi:

- al trasporto della salma;
- al feretro da utilizzarsi per il trasporto, **fino ad un importo massimo di € 1.500 per evento;**
- agli oneri connessi all'espletamento delle formalità burocratiche e legali rese necessarie sul Luogo dell'assistenza.

Sono escluse le spese relative alla ricerca e recupero della salma e alla cerimonia funebre (sepoltura, inumazione, cremazione).

In caso di Infortunio che abbia comportato il ricovero dell'Assicurato presso una Struttura sanitaria, la Società per il tramite della Centrale operativa:

- a) invia presso l'Abitazione personale idoneo per:

- il disbrigo delle normali attività di cura della casa;
- l'assistenza ai Familiari non autosufficienti di cui l'Assicurato si occupa abitualmente;
- l'assistenza ai Familiari minori di 15 anni di cui l'Assicurato si occupa abitualmente;
- il recapito di medicinali;
- il recapito di beni di prima necessità.

La Società tiene a proprio carico i costi:

- **fino a un massimo di 20 ore complessive, anche non consecutive, e comunque non oltre € 600 per evento;**
 - relativi al recapito di medicinali e di beni di prima necessità **per un massimo di 7 giorni per evento.**
- Sono escluse e rimangono a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali e dei beni acquistati.**

L'erogazione delle Prestazioni è subordinata alla preventiva valutazione della situazione clinica da parte dell'Équipe medica il cui parere è vincolante per la Centrale operativa e per l'Assicurato e potrà essere richiesta nei 30 giorni successivi alle dimissioni dalla Struttura sanitaria;

- b) invia presso l'Abitazione personale abilitato all'erogazione di Prestazioni sanitarie che sono state prescritte all'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico i costi relativi:

- al personale infermieristico
- al terapeuta della riabilitazione

fino a un massimo di € 500, per professionista inviato, per evento.

L'erogazione delle Prestazioni è subordinata alla preventiva valutazione della situazione clinica da parte dell'Équipe medica il cui parere è vincolante per la Centrale operativa e per l'Assicurato e potrà essere richiesta nei 30 giorni successivi alle dimissioni dalla Struttura sanitaria.

Fermo quanto previsto dalla Garanzia Base, le seguenti Prestazioni operano in caso di acquisto della Garanzia Supplementare Art. 2.5.6 - Trasferte di lavoro - della Sezione Infortuni.

In caso di Infortunio occorso all'Assicurato quando si trova in Trasferta di lavoro la Società per il tramite della Centrale operativa:

- a) organizza il prolungamento del soggiorno dell'Assicurato presso una struttura alberghiera qualora, a seguito di ricovero ospedaliero, le sue condizioni di salute, **a giudizio del medico curante e dell'Équipe medica della Struttura organizzativa,** fossero tali da consigliare un'ulteriore permanenza in loco.

La Società tiene a proprio carico i costi relativi a pernottamento e prima colazione **fino ad un importo massimo di € 500 per evento;**

- b) mette a disposizione dell'Assicurato personale idoneo ad agevolare le comunicazioni con il personale medico in loco.

La Società tiene a proprio carico i costi relativi al professionista incaricato **fino ad un massimo di 10 ore anche non consecutive e comunque non oltre € 500 per evento.**

La Prestazione opera solo all'Estero;

- c) recapita all'Assicurato medicinali previsti e autorizzati dalla farmacopea ufficiale italiana non reperibili sul Luogo dell'assistenza.

L'Assicurato deve mettere a disposizione dei soggetti incaricati dalla Centrale operativa la relativa prescrizione medica.

La Società tiene a proprio carico i costi per la ricerca e la consegna dei medicinali e ne anticipa i costi **che comunque rimangono a totale carico dell'Assicurato.**

L'anticipo viene messo a disposizione dell'Assicurato secondo le modalità previste dall'Art. 4.2 - Delimitazioni.

La Prestazione opera solo all'Estero.

Art. 4.2 - Delimitazioni

Per la forma di copertura TEMPO LIBERO e LAVORO, in caso di Assicurazione a PERSONA con estensione al NUCLEO FAMILIARE, **le Prestazioni operano per i relativi componenti solo in caso di Infortunio del Tempo Libero.**

La Società non si assume responsabilità per danni conseguenti a un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato. **La Società non riconosce né rimborsi né indennizzi compensativi, salvo quanto previsto all'Art. 5.23 - Pagamento delle Prestazioni.**

Eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto, se usufruiscono di un trasferimento organizzato dalla Società, devono essere consegnati alla stessa.

I pernottamenti, ove previsti, sono a carico della Società se già non rientranti nel programma di viaggio originario.

La Società non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

Gli importi riconosciuti dalla Società a titolo di anticipo, sui quali non saranno applicati interessi, **devono essere restituiti entro 30 giorni dalla messa a disposizione. Trascorso tale termine l'Assicurato dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi legali.**

L'Assicurato deve attenersi alle istruzioni operative impartite dalla Struttura organizzativa.

La Prestazione non è operante se:

- il trasferimento di valuta all'Estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

Cosa NON assicura

Art. 4.3 - Esclusioni

La Centrale Operativa non eroga:

- le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;
- alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni.

Salvo che non sia diversamente specificato, **le Prestazioni non vengono erogate se la situazione di difficoltà è conseguenza:**

- di dolo dell'Assicurato o delle persone di cui egli deve rispondere a norma di Legge;

- di atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, nonché di aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico e sociale ed ai quali l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- di eventi naturali di carattere eccezionale per intensità e delimitazione geografica (quali a titolo meramente esemplificativo: uragani, tempeste, trombe d'aria, grandine, Inondazioni, mareggiate, frane, smottamenti, caduta di neve, valanghe, slavine, Alluvioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche) laddove non sia materialmente ed oggettivamente possibile intervenire;
- della pratica di sport aerei, paracadutismo, deltaplano o della partecipazione a corse e gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- di azioni delittuose compiute dall'Assicurato;
- di ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Infortunio;
- di alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci, stupefacenti o di allucinogeni.

Come assicura

Art. 4.4 - Validità territoriale

Salvo quanto diversamente specificato nelle singole Prestazioni, l'Assistenza opera per eventi occorsi all'Assicurato quando si trova:

- in ITALIA, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano;
- all'ESTERO nel Mondo Intero, esclusi i Paesi ove sussistano situazioni di guerra ancorché non dichiarata.

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

SEZIONE ASSISTENZA			
Garanzia	Descrizione	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Garanzia Base	Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione dell'Assicurato o dei minori di 15 anni rimasto soli	Spese di albergo massimo € 250 per evento	Non previsti
	Trasporto salma	Costi relativi al feretro massimo € 1.500 per evento	
	In caso di ricovero dell'Assicurato la Società invia presso l'Abitazione personale per: - disbrigo delle normali attività di cura della casa - assistenza ai Familiari non autosufficienti di cui si occupa abitualmente l'Assicurato - assistenza ai Familiari minori di 15 anni di cui si occupa abitualmente l'Assicurato	massimo di 20 ore complessive, anche non consecutive, e comunque non oltre € 600 per evento	
	- recapito medicinali - recapito beni di prima necessità	recapito per i medicinali e i beni di prima necessità massimo di 7 giorni per evento.	
	In caso di Prestazioni sanitarie prescritte all'Assicurato la Società invia presso l'Abitazione: - personale infermieristico - terapeuta della riabilitazione	massimo di € 500, per professionista inviato, per evento	

Ulteriori prestazioni che operano solo se acquistata la Garanzia Supplementare Art. 2.4.7 – Trasferte di lavoro della Sezione Infortuni

Garanzia	Descrizione	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Assistenza da Infortuni	Prolungamento del soggiorno	massimo € 500,00 per evento	Non previsti
	Personale idoneo ad agevolare le comunicazioni con il personale medico in loco	massimo € 500,00 per evento	

Art. 5.1 - 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 comunicazione scritta 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 dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa dell'infortunio, deve:

- avere in allegato certificato medico;
- indicare il luogo, il giorno ed ora dell'Infortunio;
- descrivere dettagliatamente come l'infortunio sia accaduto.

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 necessari.

L'Assicurato deve inoltre sottoporsi in Italia, ad accertamenti, visite e controlli medici richiesti dalla Società e fornire la Documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica, sciogliendo dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.

Relativamente alla **Sezione Infortuni**¹⁸ per le seguenti garanzie valgono queste disposizioni:

- Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio a favore degli eredi: in caso di morte dell'Assicurato prima dell'accertamento medico-legale stabilito dalla Società - per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato - gli eredi devono presentare domanda di Indennizzo completa della documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti se non ancora inviata (inclusa la cartella clinica in caso di Ricovero);
- Inabilità Temporanea: per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea. Tale Inabilità decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. Se l'Assicurato non invia i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo è effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. La Società, per la liquidazione dell'indennizzo, può verificare l'adeguatezza dei periodi di Inabilità certificati.
- Indennità da Ricovero: per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- Indennità da Immobilizzazione: per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Relativamente alla garanzia **Rimborso spese mediche**, il Contraente o l'Assicurato devono inviare alla Società:

- modulo di denuncia del Sinistro correttamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero, copia conforme all'originale della lettera di dimissione o, se richiesta per la completa valutazione della copertura, copia integrale della cartella clinica;
- in caso di prestazioni extra-ricovero, copia delle prescrizioni mediche;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute da cui risulti anche l'effettivo pagamento.

ATTENZIONE

18 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, non è sufficiente avvisare l'Agenzia fornendo la documentazione sanitaria che certifichi le lesioni e il loro decorso. Per ricevere l'indennizzo l'Assicurato deve sottoporsi anche agli accertamenti medici richiesti dalla Società.

Se l'Assicurato acquista la Garanzia Supplementare Rimborso spese mediche, deve inoltre fornire la documentazione attestante le spese sostenute.



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

- denunciare tempestivamente 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 (o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio);
- trasmettere alla Direzione della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato. In mancanza la Società o ARAG non possono essere considerate responsabili di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Relativamente alla **Sezione Assistenza** l'Assicurato, al momento della richiesta di assistenza, deve comunicare alla Centrale Operativa:

- gli elementi per la sua identificazione e per la verifica del diritto alla Prestazione (numero di Polizza, generalità, eventuale indirizzo o recapito, dettagli identificativi del contratto, ecc.);
- tutte le informazioni e i documenti necessari ad attestare l'effettivo verificarsi dell'evento e a individuare le Prestazioni da fornire e i mezzi idonei con cui fornirle (tipologia dell'evento, ora e luogo dell'accadimento, numero persone presenti sul Luogo dell'assistenza, presenza di eventuali animali, ecc.).

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. 5.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio

L'Invalidità Permanente da Infortunio viene valutata secondo le percentuali indicate nella TABELLA DI VALUTAZIONE sotto riportata e con i seguenti criteri:

- in caso di lesione che comporti una minorazione e non la perdita totale anatomica/funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è riconosciuto in base alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della riduzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- in caso di perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti, si applica una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, **con il massimo del 100%**;
- in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere **al massimo il valore della 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 **sono ridotte tenendo conto del grado di invalidità preesistente**;
- la quantificazione del grado di Invalidità Permanente, per le valutazioni delle menomazioni visive e uditive, viene effettuata tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

Tabella di Valutazione

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%	
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%	

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Anchilosi 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'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi 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'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi 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%
Anchilosi 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%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi 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 mancino, 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. 5.3 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini

L'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di rotture sottocutanee dei tendini viene valutata tenendo conto delle percentuali previste per i soli casi indicati nella tabella sotto riportata:

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%

In caso di rottura sottocutanea di tendini diversi da quelli indicati in tabella, viene riconosciuta una percentuale di Invalidità Permanente fino al 3%.

Art. 5.4 - Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo

L'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di Ernie addominali da Sforzo viene valutata secondo la percentuale indicata nella tabella sotto riportata:

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

Art. 5.5 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società liquida l'Indennizzo per le conseguenze dell'Infortunio dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili, indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti.

Sono conseguenze indirette e pertanto non indennizzabili:

- l'influenza dell'Infortunio su menomazioni e condizioni patologiche preesistenti,
- il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio.

Allo stesso modo, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o Difetto Fisico, la Società liquida l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, come se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra, non tenendo conto del maggior pregiudizio dovuto dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.6 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene liquidato con applicazione della Franchigia indicata in Polizza.

Alla Somma assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio si applica la percentuale da liquidare che corrisponde al grado di Invalidità Permanente da Infortunio accertato. Tale grado è accertato secondo i Criteri indicati dagli Artt. 5.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio, 5.3 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini e 5.4 - Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo.

Art. 5.7 - Liquidazione della garanzia Decesso da Infortunio

La Società liquida la Somma assicurata ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali se l'Infortunio ha come conseguenza la morte. La liquidazione avviene dopo aver ricevuto il certificato di morte e la documentazione ritenuta necessaria.

Se l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio è stato liquidato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, la Società liquida ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi, la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già liquidato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore.

In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio la Società può inoltre richiedere tutti o alcuni dei seguenti documenti:

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

Art. 5.7.1 - Morte presunta

La Società liquida la Somma assicurata per il caso Morte ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi in parti uguali se, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, non viene ritrovato il corpo dell'Assicurato e si presume che quest'ultimo sia deceduto.

La liquidazione avviene trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Artt. 60 n.3 e 62 del Codice Civile). In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, la liquidazione avviene trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se viene accertata da parte dell'Autorità competente

la presenza a bordo dell'Assicurato e, quest'ultimo, sia dato per disperso a seguito del sinistro stesso (Artt. 211 e 838 Codice della Navigazione). Se dopo la liquidazione dell'Indennizzo risulta che l'Assicurato non è morto o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione della somma liquidata. Dopo la restituzione, l'Assicurato può chiedere la liquidazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio eventualmente accertata.

Art. 5.7.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida la Somma assicurata per il caso di morte anche se lo Stato Comatoso diventa irreversibile. Tale Stato Comatoso deve durare almeno per un periodo ininterrotto di 180 giorni. La Società liquida l'indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che attesti il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo sopra indicato come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

Una volta liquidato 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 termina 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 come previsto dal presente articolo:

- ha diritto all' eventuale differenza tra l'Indennizzo dovuto per Invalidità Permanente da Infortunio e la Somma assicurata per Decesso da Infortunio, già liquidata ai Beneficiari, se dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente da Infortunio che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già liquidata per la garanzia Decesso da Infortunio. In caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già liquidate;
- rinuncia ad esercitare qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società. Tali azioni potranno essere esercitate solo nei confronti di coloro che hanno ricevuto le Somme assicurate.

Art. 5.8 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche

Per il Rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare alla Società la documentazione indicata all'Art. 5.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato.

Se l'Assicurato ha richiesto e ricevuto il Rimborso da altre compagnie assicurative, la Società liquida solo l'importo rimasto a suo carico al netto di quanto già ricevuto dall'Assicurato e da lui documentato.

Art. 5.8.1 - Prestazioni effettuate in Strutture sanitarie

Il Rimborso da parte della Società viene effettuato con le modalità previste dall'Art. 2.5.1 - Rimborso spese mediche, punto 1) Prestazioni in Strutture sanitarie.

Art. 5.8.2 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Il Rimborso da parte della Società viene effettuato con le modalità previste dall'Art. 2.5.1 - Rimborso spese mediche, punto 2) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 5.9 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Indennità da Ricovero, Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura e Inabilità Temporanea

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie di cui agli Artt. 2.5.2 - Indennità da Ricovero, 2.5.3 - Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura e 2.5.4 - Inabilità Temporanea valgono le norme in esse contenute.

Art. 5.10 - Criteri di Indennizzo della garanzia Protezione del reddito

Per l'Indennizzo al Contraente in conseguenza dell'assenza dell'Assicurato dallo svolgimento dell'attività lavorativa di cui all'Art. 2.5.5 - Protezione del Reddito valgono le norme in esso contenute.

Inoltre, in sede di liquidazione dell'Indennità al Contraente calcolata in misura percentuale degli Indennizzi liquidati all'Assicurato, la Società ha il diritto di accertare, richiedendo apposita documentazione, la corrispondenza dell'importo assicurato con la perdita pecuniaria effettivamente subita dal Contraente a causa dell'assenza dell'Assicurato dallo svolgimento dell'attività lavorativa. La Società si riserva, nel caso in cui quest'ultima risultasse inferiore, di liquidare soltanto la perdita effettivamente accertata.

Art. 5.11 - Criteri di Indennizzo della garanzia Trasferte di lavoro

Previo verifica della documentazione relativa alle trasferte di lavoro fornita dal Contraente, per l'Indennizzo delle prestazioni di cui all'Art. 2.5.6 - Trasferte di lavoro, la Società tiene conto delle indicazioni in esso previste e applica gli Artt. 5.8 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche e 5.9 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Indennità da Ricovero, Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura e Inabilità Temporanea.

Art. 5.12 - Liquidazione dell'Indennizzo

L'importo dell'Indennizzo, relativo ai Sinistri della sezione Infortuni, è determinato o con accordo tra la Società e l'Assicurato o con arbitrato irrituale, e secondo quanto previsto agli articoli:

- Art. 5.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio;
- Art. 5.3 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini;
- Art. 5.4 - Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo;
- Art. 5.6 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio;
- Art. 5.8 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche;
- Art. 5.9 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Indennità da Ricovero, Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura e Inabilità Temporanea;
- Art. 5.10 - Criteri di Indennizzo della garanzia Protezione del reddito;
- Art. 5.11 - Criteri di Indennizzo della garanzia Trasferte di lavoro.

La Società entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo dell'Indennizzo, verifica che l'Assicurato abbia diritto all'Indennizzo e liquida quanto dovuto.

La Società non liquida l'Indennizzo se:

- a) il Contraente o l'Assicurato non è in grado, per qualunque motivo, di accettare la liquidazione dell'Indennizzo, sottoscrivendo l'atto che libera la Società;
- b) alla Società viene notificato un atto di opposizione nei modi stabiliti dalla Legge o un atto di cessione;
- c) è stato aperto un Procedimento penale sulla causa del Sinistro, da cui risultano esserci dei casi di esclusione previsti dalla relativa Sezione di garanzia.

La liquidazione dell'Indennizzo avviene se sono stati presentati alla Società tutti i documenti richiesti, previsti agli articoli di seguito indicati:

- Art. 5.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato;
- Art. 5.7 - Liquidazione della garanzia Decesso da Infortunio;
- Art. 5.7.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile;
- Art. 5.8.1 - Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie;
- Art. 5.10 - Criteri di Indennizzo della garanzia Protezione del reddito;
- Art. 5.11 - Criteri di Indennizzo della garanzia Trasferte di lavoro.

Art. 5.13 - Anticipo Indennizzo

La Società a seguito di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, limitatamente alle garanzie sotto riportate e su richiesta del Contraente, può versare un anticipo dell'Indennizzo con le modalità riportate di seguito:

a) Per Invalidità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere un anticipo pari al 50% del possibile Indennizzo con un massimo di € 50.000 da detrarre dalla definitiva liquidazione.

L'anticipo viene versato se:

- 1) non esistono dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- 2) risulta prevedibile, da certificato medico legale, un grado di Invalidità Permanente da Infortunio pari o superiore al 15%.

b) Per Indennità da Ricovero e/o Inabilità Temporanea

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero e/o Inabilità Temporanea di almeno 60 giorni consecutivi, come da certificato medico, l'Assicurato può richiedere un anticipo dell'Indennizzo dovuto pari a 30 giorni.

Per i punti a) e b):

- la Società versa gli anticipi entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che ne danno diritto;
- il versamento degli anticipi non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità concordate;
- la Società ha sempre diritto alla restituzione se **successivamente emergono fatti che comportano l'inoperatività anche parziale delle garanzie; in tali casi l'Assicurato si obbliga a restituire quanto ricevuto a titolo di anticipazione.**

Art. 5.14 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino all'Assicurato. 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, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. Queste rinunciano preventivamente ad impugnare la decisione, eccetto che per il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono promuovere azioni legali per l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti. Il verbale è valido anche se uno dei medici non lo 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.

NORME PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Art. 5.15 - Modalità per richiedere le prestazioni di tutela legale

La gestione dei Sinistri Tutela legale è affidata dalla Società ad ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente utilizzando i seguenti riferimenti:

- Telefono centralino: 045.8290411;
- e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it;
- e-mail per invio successiva documentazione relativa al Sinistro: sinistri@arag.it;

La Società può cambiare il gestore dei Sinistri di Tutela Legale, comunicandolo tempestivamente al Contraente.

In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

Art. 5.16 - Insorgenza del sinistro

L'insorgenza del Sinistro è 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 legge.

In caso di più eventi dannosi dello stesso tipo, il Sinistro insorge alla data del primo evento dannoso.

La garanzia opera per i Sinistri insorti durante il periodo di validità dell'Assicurazione e denunciati alla Società o ad ARAG entro 2 Anni dal termine dell'Assicurazione, secondo quanto previsto all'Art. 5.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato e all'Art. 5.17 - Libera scelta del legale della Sezione Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

A tutti gli effetti si considerano come unico Sinistro uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad uno stesso contesto, anche quando coinvolgono più soggetti. La data di insorgenza è quella del primo evento dannoso.

Art. 5.17 - Libera scelta del legale

L'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo cui affidare la tutela dei propri interessi, **indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del Sinistro**; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario. 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. 5.18 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa deve:

- informare immediatamente la Società o ARAG del Sinistro, in modo completo e veritiero;
- indicare e fornire su richiesta i mezzi di prova e i documenti necessari alla Società o ad ARAG;
- dare mandato al legale incaricato per la tutela dei suoi interessi;
- informare il legale su tutti i fatti del Sinistro;
- indicare e fornire i mezzi di prova e i documenti necessari al legale.

Art. 5.19 - Gestione del Sinistro

Ricevuta la denuncia del Sinistro, ARAG, **attraverso il legale scelto liberamente dall'Assicurato o il legale scelto dalla stessa**, prova a risolvere la controversia con l'accordo tra le parti.

Successivamente, se la controversia non si risolve e se ci sono possibilità di successo, oppure in caso di processo penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto secondo quanto previsto all'Art. 5.17 - 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 accordarsi con la controparte né in sede extragiudiziaria né in sede giudiziaria senza l'autorizzazione e la preventiva conferma della copertura delle spese da parte di ARAG. In caso di mancato avviso o conferma ARAG non rimborsa le spese sostenute. L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e di periti viene concordata con ARAG.**

ARAG può pagare direttamente il professionista dopo aver stabilito l'importo dovuto.

ARAG non ha nessun obbligo diretto verso il professionista, perché effettua il pagamento in esecuzione degli obblighi previsti dall'Assicurazione.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, **ARAG rimborsa le spese dopo aver:**

- ricevuto la documentazione attestante il pagamento;
- valutato la correttezza dell'importo richiesto.

La liquidazione delle spese garantite avviene entro 30 giorni.

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 essere affidata, salva la facoltà di ricorrere alle vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro viene 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 paga metà delle spese arbitrali, eccetto il caso di esito totalmente favorevole all'Assicurato.

In caso di esito negativo dell'arbitrato, l'Assicurato può procedere autonomamente **ed a proprio rischio** per risolvere la controversia, **avvisando la Società o ARAG.**

In questo caso, se il risultato raggiunto è più favorevole di quello prospettato dalla Società o da ARAG, l'Assicurato può ricevere il rimborso delle spese sostenute, se non pagate dalla controparte.

Art. 5.20 - Recupero di somme

Spettano all'Assicurato integralmente i Risarcimenti ricevuti e le somme recuperate o comunque pagate dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

L'Assicurato è obbligato a restituire le somme anticipate da ARAG se rimborsate dalla controparte o da altro soggetto.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.21 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

La Società fornisce le Prestazioni di Assistenza tramite la Struttura organizzativa di UnipolAssistance S.c.r.l. con sede legale in Via Carlo Marengo 25, 10126, Torino e Centrale Operativa con sede in Corso Massimo d'Azeglio 14, 10125, Torino.

La Centrale operativa è a disposizione dell'Assicurato, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno, per tutte le Prestazioni elencate nella Sezione Assistenza.

La Società può cambiare la Struttura organizzativa, comunicandolo tempestivamente al Contraente.

In questo caso le Prestazioni garantite non vengono modificate.

Per ottenere l'assistenza, l'Assicurato deve contattare SEMPRE E PREVENTIVAMENTE la Centrale Operativa, utilizzando una delle seguenti modalità:

- NUMERO VERDE (con costo della telefonata a carico del destinatario - non valido per chiamate dall'estero) **800256976**;
- NUMERO PER L'ESTERO (con costo della telefonata a carico del chiamante) +39 011 6523200;
- E-MAIL areaassistenza@unipolassistance.it.

Art. 5.22 - Fornitura delle Prestazioni e suoi presupposti

Le Prestazioni sono fornite tramite la Centrale Operativa, la quale:

- individua quelle necessarie e funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà segnalata dall'Assicurato in base alle informazioni che quest'ultimo fornisce;
- le fornisce direttamente oppure può incaricare soggetti convenzionati con la Struttura Organizzativa.

In qualunque caso, l'esecuzione delle Prestazioni:

- non deve mettere a rischio la sicurezza di persone e di beni;
- deve implicare l'utilizzo delle risorse (conoscenza, strumenti e attrezzature) che fanno parte della normale dotazione in uso alle categorie professionali a cui appartengono i professionisti incaricati dalla Centrale Operativa;
- deve rispettare le procedure applicate abitualmente dai soggetti incaricati dalla Centrale Operativa, in presenza di situazioni analoghe a quella conseguente all'evento da cui è scaturita la necessità di aiuto;
- deve rispettare i limiti conseguenti a provvedimenti assunti dalle pubbliche autorità;
- deve rispettare le norme, gli usi e le consuetudini in vigore al momento della richiesta di assistenza.

La mancanza di uno dei presupposti sopra richiamati può rendere impossibile la fornitura della Prestazione.

In tal caso, resta comunque fermo il diritto dell'Assicurato a ottenere la fornitura delle altre Prestazioni che la Centrale Operativa ritiene necessarie per affrontare la situazione di difficoltà.

Art. 5.23 - Pagamento delle Prestazioni

La Società sostiene i costi delle sole Prestazioni indispensabili ad aiutare l'Assicurato ad affrontare la situazione di difficoltà che si è verificata, fino al momento in cui tale difficoltà termina e comunque entro i limiti e nel rispetto dei Massimali di spesa stabiliti dal contratto.

Sono a carico dell'Assicurato i costi eccedenti i limiti di spesa che la Società tiene a proprio carico.

L'Assicurato deve pagarli direttamente al soggetto che fornisce materialmente la Prestazione o alla Società, nel caso che li abbia per suo conto anticipati. Se l'Assicurato non accetta di pagare l'eccedenza, la Società fornisce la Prestazione solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto.

In deroga all'Art. 5.22 - Fornitura delle Prestazioni e suoi presupposti, la Società può procedere al rimborso delle spese che l'Assicurato abbia sostenuto se queste:

- sono state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa;
- sono relative a Prestazioni che lo stesso non abbia potuto richiedere per cause di forza maggiore;
- richiedono l'attivazione di procedure che impediscano alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

A tal fine la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato tutte le indicazioni necessarie per l'istruzione della relativa pratica.

Se sussistono le condizioni, la Società rimborsa all'Assicurato le spese che egli ha sostenuto. Il rimborso viene riconosciuto nei limiti previsti dalle singole Prestazioni e viene liquidato entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta.

Testo articoli del Codice Civile e del Codice della Navigazione richiamati nel contratto.

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. 1888 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto. L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto. L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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. 1913 - Avviso all'assicurazione in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare.

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

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

Di cosa hai bisogno?	A chi ti devi rivolgere?	Quali sono i recapiti?
Denunciare un Sinistro Sezione Infortuni	Agenzia / Direzione Unipol	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia: - sulla Polizza • www.unipol.it • sulla APP Unipol Direzione Unipol Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolassicurazioni@pec.unipol.it
Attivare una prestazione di Assistenza	UnipolAssistance S.c.r.l. Centrale Operativa	Telefono attivo 24 ore su 24 sette giorni su sette • al numero verde 800 256976 se in Italia; • al numero +39 011 6523200 se all'estero. Email: areaassistenza@unipolassistance.it
Denunciare un Sinistro della Sezione Tutela legale per Infortuni	ARAG Direzione Unipol	ARAG • Telefono centralino: 045.8290411, • e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it e-mail per invio successiva documentazione relativa al Sinistro: sinistri@arag.it Direzione Unipol Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolassicurazioni@pec.unipol.it
Informazioni su prodotti e servizi	Unipol	Numero telefonico 848 800 074

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 1.00183
 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 ed eventualmente anche a favore di altri soggetti assicurati (ad esempio, familiari e conviventi), 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).

La presente informativa sul trattamento dei dati personali dovrà essere consegnata, da parte del contraente, agli eventuali altri soggetti cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (ad es., gli altri soggetti assicurati).

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, entro i limiti di quanto strettamente necessario all'erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (ad esempio, dati relativi alla salute, in occasione di richieste di liquidazione, riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'Area Riservata), ovvero al fine di riconoscere le eventuali agevolazioni e/o gli sconti previsti dalle convenzioni di cui potrà beneficiare (ad esempio, dati relativi alla Sua appartenenza sindacale).
- g) immagini del Suo veicolo, nel caso di stipula di specifiche garanzie assicurative, per attestarne lo stato.

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 inviarLe 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 inviarLe 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); g)	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 da ciascun interessato 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); g)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F4	a); b); c); d); e); f); g)	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 (ad esempio, UniSalute S.p.A. che, in qualità del responsabile del trattamento, eroga servizi assicurativi per conto di Unipol per specifiche tipologie di prodotto);
- 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);
- 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.

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

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.

