



UNIPOL INFORTUNI CIRCOLAZIONE

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**

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 per gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione in qualità di conducente di veicoli e Natanti, trasportato o pedone.



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 occorsi in qualità di conducente veicoli / Natanti o trasportato su veicoli/natanti/mezzi pubblici/aeromobili o di pedone investito da qualsiasi veicolo:

- **Morte:** pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato.
- **Invalidità permanente da Infortunio:** pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità permanente accertata, distinguendo nella quantificazione dell'Indennizzo tra Invalidità fino al 49%, dal 50% al 99% e pari al 100%.
- **Stato Comatoso:** Indennità forfettaria per Stato Comatoso.

La copertura Infortuni viene prestata, a scelta del Contraente, in tre diverse modalità, a favore:

- delle persone identificate in Polizza (Scelta Persona);
- del Contraente e dei componenti il suo Nucleo familiare al momento del Sinistro nonché delle persone che possono essere incluse o escluse nella garanzia (Scelta Famiglia);
- di qualsiasi conducente del veicolo / natante identificato in Polizza (Scelta Veicolo).

La copertura Infortuni viene offerta a combinazioni di garanzie e Somme assicurate prefissate (Forma a Combinazioni) oppure a libera scelta (Forma Libera).

In abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

- **SALVACIRCOLAZIONE:** riconoscimento di un Indennizzo per i casi di Furto, Scippo o Rapina di Effetti personali subiti dall'Assicurato in conseguenza di un Infortunio da circolazione.
- **ASSISTENZA:** prestazione di immediato aiuto quali l'invio di medici, di infermieri, di fisioterapisti, il rientro sanitario con autoambulanza e varie altre nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà in seguito a uno degli eventi contrattualmente previsti.

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

INFORTUNI: Rimborso spese mediche da Infortunio/Indennità da Infortunio: Indennità per Ricovero/Indennità Ricovero e Convalescenza/Indennità per Immobilizzazione.

Condizioni specifiche [a pagamento]:

INFORTUNI: Adozione della Tabella INAIL/Supervalutazione Invalidità Permanente.

[per i dettagli vedasi il DIP Aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, Tossicodipendenza.

- ✗ **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.
- ✗ **SALVACIRCOLAZIONE:** non sono compresi i danni indiretti, che non riguardano la materialità delle Cose assicurate.
- ✗ **ASSISTENZA:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicate Franchigie (indicati in cifra fissa) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni, tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

- ! **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 in genere nonché quelli conseguenti ad 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.
- ! **SALVACIRCOLAZIONE:** danni relativi a oggetti, titoli di credito, documenti di pegno non di proprietà delle persone assicurate e denaro contante in ogni caso; danni commessi o agevolati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o dei suoi familiari conviventi.
- ! **ASSISTENZA:** eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni; dolo dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ **INFORTUNI:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **SALVACIRCOLAZIONE:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **ASSISTENZA:** l'Assicurazione vale in Italia e all'Estero a seconda della prestazione.



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 semestrali, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. Previo accordo di Unipol il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Unipol al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza.



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta mediante lettera raccomandata, fax o PEC all'altra parte. Per le opzioni di copertura Scelta Persona e Scelta Famiglia se la durata poliennale è superiore a cinque anni puoi recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Per l'opzione Scelta del Veicolo se la durata è poliennale puoi recedere senza alcun preavviso semplicemente non provvedendo al pagamento del Premio entro 15 giorni dalla scadenza annuale.

Assicurazione Infortuni

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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOL INFORTUNI CIRCOLAZIONE

Data: 15/05/2026 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

Società. Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45 - 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 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a € 8.082,27 milioni e il risultato economico di esercizio risulta pari a € 1.640,24 milioni. L'indice di solvibilità relativo all'esercizio 2025 è pari a 2,89 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.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

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

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO: Invalidità Permanente con Franchigia 3%: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.6.1 pag.18 di 39

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: INFORTUNI-Rimborso spese mediche da Infortunio: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.1 pag.15 di 39; **Indennità da Infortunio-Indennità per Ricovero:** vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.2. pag.17 di 39; **Indennità per Ricovero e Convalescenza:** vedasi sezione Infortuni, Art.2.4.3 pag. 17 di 39; **Indennità per immobilizzazione:** vedasi Sezione Infortuni Art. 2.4.4, pag.17 di 39; **Adozione della Tabella INAIL:** vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.1 pag.17 di 39; **Supervalutazione Invalidità Permanente:** vedasi Sezione Infortuni, Art.2.5.2 pag.17 di 39



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. La garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio della SEZIONE INFORTUNI: Franchigia assoluta di €50 per ogni Infortunio in caso di prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate. L'Indennizzo Rischio Eventi naturali catastrofici corrisposta in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con una Franchigia assoluta del 10%. Invalidità Permanente accertata superiore al 50%, nessuna Franchigia. Sono altresì previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni: **INFORTUNI-non opera per gli Infortuni determinati da:** guida di autobus e autosnodati, taxi e/o veicoli a noleggio di piazza//guida e utilizzo di: moto d'acqua, motoslitte, gatto delle nevi, quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 Kg), mezzi militari, veicoli utilizzati per il servizio di ordine pubblico/emergenza/soccorso, targhe prova//guida e utilizzo di macchine agricole, macchine operatrici, trattori stradali, autocarri di massa oltre 3500 kg., autotreni, autoarticolati limitatamente alla Scelta Persona e alla Scelta Famiglia//partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante, a competizioni e alle relative prove da chiunque organizzate tranne le Gare di regolarità pura//guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura//delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa//guerra o insurrezione, salvo quanto contrattualmente previsto per "Rischio guerra, insurrezioni all' estero"//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)//le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche, non rese necessarie da Infortunio Indennizzabile//azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Sono inoltre esclusi: Infarto e ictus da qualsiasi causa determinati. **SALVACIRCOLAZIONE-sono esclusi i danni:** relativi a oggetti portati con sé dall'Assicurato per lo svolgimento di attività professionali//relativi ad apparecchiature audiovisive stabilmente fissate sul veicolo//relativi alla perdita di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, velocipedi, natanti//verificatisi in conseguenza di tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio//verificatisi in conseguenza di atti di guerra o insurrezione//verificatisi in conseguenza di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di 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). **ASSISTENZA-non è operante per:** atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni//conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Unipol Infortuni Circolazione è rivolto alle persone fisiche e giuridiche con esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza: se Scelta Veicolo a favore dei conducenti dei veicoli/natanti identificati; se Scelta Persona o Scelta Famiglia a favore delle persone identificate, del contraente e del nucleo familiare in qualità di conducente, trasportato, pedone.



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?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>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.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>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.</p>

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. 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: 12,5% Infortuni//22,25% SalvaCircolazione//10% per Assistenza. Detrazione fiscale. Per Scelta Persona/Famiglia, applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio Morte e/o Invalidità permanente non inferiore al 5%. 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 CIRCOLAZIONE

Assicurazione Infortuni




CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01203/000/00000/C - Ed. 15/05/2026

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

GLOSSARIO	1 di 39
- Norme che regolano il contratto in generale	5 di 39
- Sezione Infortuni	11 di 39
- Sezione Salvacircolazione	21 di 39
- Sezione Assistenza	23 di 39
- Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri	27 di 39
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	36 di 39

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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

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

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

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

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

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

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

Atto di Terrorismo: azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

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

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

Cose: oggetti materiali.

Day Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

Difetto Fisico/Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

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

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

Effetti personali: apparecchi audiovisivi e videogiochi non stabilmente fissati al veicolo, telefoni cellulari, Tablet, PC, Preziosi (con esclusione di denaro contante).

Forma a combinazioni: è un pacchetto predefinito di garanzie e Somme assicurate scelto dal Contraente ed indicato in Polizza.

Forma Libera: consente di personalizzare la copertura assicurativa con garanzie e Somme assicurate a libera scelta del Contraente.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Furto: sottrazione della cosa mobile altrui a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto.

Furto con destrezza: furto commesso con speciale abilità in modo da eludere l'attenzione del derubato o di altre persone presenti.

Gare di regolarità pura: manifestazioni, comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti, e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica), costituisce il fattore determinante per la classifica.

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, causato da fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico.

Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

Indennizzo/Rimborso: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla Polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

Invalidità Permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Natante da diporto: ogni Unità da diporto a remi; ogni Unità da diporto di lunghezza dello scafo pari od inferiore a 10 metri misurata secondo gli opportuni standard armonizzati (ISO 8666).

Nucleo Familiare: le persone risultanti dal certificato di stato di famiglia del Contraente/ Assicurato alla data del sinistro.

Periodo Assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

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

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

Preziosi: gioielli, oggetti d'oro o platino, pietre preziose e perle naturali o di coltura comprese le relative montature.

Primo Rischio Assoluto: forma di assicurazione in base alla quale l'indennizzo viene corrisposto sino a concorrenza della Somma assicurata senza applicazione della Regola proporzionale prevista dall'articolo 1907 del Codice Civile, qualunque sia al momento del sinistro il valore complessivo dei beni assicurati Rapina: impossessamento della cosa mobile altrui mediante violenza o minaccia alla persona .

Rapina: impossessamento della cosa mobile altrui mediante violenza o minaccia alla persona.

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

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scippo: sottrazione della cosa mobile altrui strappando la cosa stessa di mano o di dosso alla persona che la detiene.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

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

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

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

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 derivante dalla circolazione.

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

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

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

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

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

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

Unità da diporto: ogni costruzione di qualunque tipo e con qualunque mezzo di propulsione, destinata alla navigazione da diporto.

Valore a nuovo: tipo di garanzia in base alla quale il valore delle Cose assicurate è determinato stimando le spese necessarie per ricostruirle o rimpiazzarle con altre nuove, uguali o equivalenti per uso, qualità, caratteristiche e funzionalità.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

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

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

Art. 1.2 - Durata del contratto e sconto per poliennalità ¹

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna annualità assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. Nel caso in cui l'Assicurazione sia soggetta ad adeguamento, anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

Art. 1.3 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità ²

Il contratto non è soggetto a tacita proroga, esso pertanto cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le Parti.

La Società comunque si impegna a mantenere operante la garanzia per un periodo di 15 giorni successivi alla scadenza del contratto.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Nelle opzioni di copertura "Scelta Persona" e "Scelta Famiglia" se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; in tal caso il recesso va comunicato almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?



L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione del contratto. Per le opzioni di copertura Scelta Persona e Scelta Famiglia se la durata poliennale è superiore a cinque anni il Cliente potrà recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata. Per l'opzione Scelta del Veicolo se la durata è poliennale il Cliente potrà recedere anche annualmente senza alcun preavviso e formalità.

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



Il contratto è stipulato "senza tacita proroga" pertanto la copertura assicurativa cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; la Società mantiene operanti le garanzie per ulteriori 15 giorni dalla scadenza, ma ciò significa che comunque il Cliente deve prestare molta attenzione al fatto che al termine dei 15 giorni si troverà privo di copertura.

quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Nell'opzione di copertura "Scelta del Veicolo" se il contratto ha durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ciascuna Annualità assicurativa, senza alcun preavviso, semplicemente non provvedendo al pagamento del Premio entro 15 giorni dalla scadenza. In tal caso la Società rinuncia espressamente ed in modo irrevocabile al termine previsto dall'art. 1901 comma 3 del Codice Civile e ad agire per la riscossione del premio relativo all'annualità successiva. Il contratto, in conseguenza del suddetto mancato pagamento, pertanto cesserà, a parziale deroga di quanto previsto all'Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione.

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

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

La relativa comunicazione, effettuata con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diventa efficace:

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

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

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

Quando e come devo pagare

Art. 1.5 - Pagamento del Premio ³

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio ⁴

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

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

Art. 1.7 - 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. In relazione

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

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

4 Quando deve essere pagato il Premio?

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

al frazionamento mensile del Premio la Società e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

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

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

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

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

L'autorizzazione all'addebito ricorrente 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 (ii).

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.

Il Contraente può inoltre modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente recandosi in Agenzia/Punto Vendita o tramite l'Area Riservata.

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/Punto Vendita 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/Punto Vendita 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/Punto Vendita 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

Se 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/Punto Vendita 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.**

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- **il Contraente deve pagare l'eventuale importo delle rate arretrate, prima del pagamento del Premio di rinnovo;**
- se interviene una modifica della Tariffa dei Rischi assicurati, il Contraente che vuole rifiutare il rinnovo alle nuove condizioni di Premio comunicate dalla Società almeno 30 giorni prima della scadenza, come previsto dall'Art.1.3 (Proroga dell'Assicurazione, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio e/o di Franchigie, Scoperti e limiti d'indennizzo alla scadenza), **deve richiedere alla propria Agenzia/Punto Vendita l'interruzione dell'addebito automatico entro la scadenza.** In questo caso, se non viene riattivato l'addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, il contratto deve intendersi cessato per disdetta alla scadenza e la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto;

- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se al momento del rinnovo non vengono rispettati dal Contraente i requisiti indicati al precedente punto A.2. In questo caso **il Contraente deve pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.**

D. Revoca del frazionamento mensile

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

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) e salvo il caso in cui in Polizza sia pattuita la rinuncia all'Adeguamento automatico, le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

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

Che obblighi ho

Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 1.10 - Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di diminuzione del Rischio.

Art. 1.11 - Aggravamento del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento del Rischio.

Altre norme

Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.14 - Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.15 - Altre Assicurazioni

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

Nei contratti stipulati ove si identificano uno o più veicoli, la comunicazione deve essere effettuata solo dal Contraente. L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

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

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile. L'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare delle spese sanitarie e/o legali sostenute.

Art. 1.16 - Alienazione, Furto o demolizione di veicolo / natante identificato nel contratto

In caso di contratto stipulato in relazione a un veicolo / natante identificato (cd. Scelta Veicolo), qualora il mezzo venga alienato e sostituito con un altro il Contraente ne dà comunicazione alla Società, chiedendo la sostituzione del medesimo nel contratto. La Società si riserva di accettare tale richiesta; una volta accolta la richiesta, la sostituzione ha efficacia dal giorno di invio della comunicazione alla Società da parte del Contraente.

L'alienazione non seguita da sostituzione del veicolo / natante (o la mancata accettazione di quest'ultima da parte della Società), il Furto o la demolizione dello stesso comportano la cessazione delle garanzie ad esso relative dal giorno successivo all'invio della comunicazione dei suddetti eventi alla Società da parte del Contraente, con rimborso in favore di quest'ultimo della quota di Premio non goduto al netto degli oneri fiscali.

Qualora nel contratto siano presenti altri veicoli / Natanti identificati, la Società modifica inoltre in coerenza a quanto sopra il Premio complessivo alla prima scadenza annuale successiva.

Le suddette comunicazioni dovranno essere accompagnate da documentazione idonea ad attestare quanto dichiarato dal Contraente.

Art. 1.17 - Foro competente

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

Art. 1.18 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura**Art. 2.1 - Garanzia base ⁶**

La Società indennizza, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate ⁷ indicate in Polizza, gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione, in base alla Scelta di copertura effettuata dal Contraente ed indicata in Polizza.

Scelta di copertura ⁸**A) SCELTA PERSONA**

L'Assicurazione è prestata a favore delle persone identificate in Polizza;

B) SCELTA FAMIGLIA

L'Assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo Nucleo familiare che al momento del Sinistro risultino da certificato di stato di famiglia, nonché delle persone che possono essere incluse o escluse nella garanzia, specificatamente indicate in Polizza.

In base alle Scelte di copertura A) e B), la Società indennizza gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione in qualità di:

a) conducente di:

- autovetture;
- autoveicoli per trasporto promiscuo;
- autocarri di massa fino a 3500 kg.;

5 In ambito di Infortuni la garanzia copre solo gli Infortuni subiti dal Contraente?

No, la copertura assicurativa è operante in base alla Scelta effettuata dal Contraente il quale può personalizzare la Polizza identificando le persone (Scelta Persona) oppure i componenti della Famiglia (Scelta Famiglia) oppure a favore di qualsiasi conducente del veicolo indicato in Polizza (Scelta Veicolo).

Qualora il Contraente sia una persona giuridica la copertura è sempre stipulata a favore di qualunque conducente del veicolo identificato.

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 integrare la garanzia base mediante l'acquisto della garanzia supplementare Rimborso Spese mediche da Infortunio.

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

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

8 La copertura opera solo per gli Infortuni subiti in qualità di conducente e passeggero di autoveicoli?

No, la copertura è più ampia in quanto opera anche per gli infortuni subiti come pedone, come passeggero di mezzi di trasporto pubblici o privati e come investito da qualsiasi veicolo. L'Assicurazione comprende, inoltre, gli Infortuni subiti dall'Assicurato in occasione della salita o della discesa da uno dei mezzi di trasporto.

- camper (autocaravan);
- velocipedi;
- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto.

b) passeggero trasportato da:

- autoveicoli;
- camper (autocaravan);
- velocipede dotato di idonea omologazione e attrezzatura per il trasporto delle persone a norma di legge;
- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto;
- mezzi di trasporto pubblici o privati (terrestri, marittimi, lacustri e fluviali);
- Aeromobili (con esclusione di alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili) durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento da chiunque eserciti, **tranne che da aeroclub e con esclusione dei voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri.**

c) pedone, investito da qualsiasi veicolo.

L'Assicurazione comprende, inoltre, gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- in occasione della salita o della discesa da uno dei mezzi di trasporto sopra precisati;
- durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo, fermo in avaria, da lui condotto o sul quale era trasportato.

C) SCELTA VEICOLO

L'Assicurazione è prestata a favore di qualsiasi conducente del veicolo o natante identificato in Polizza. In base alle Scelta di copertura C), la Società indennizza gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione in qualità di:

a) conducente di:

- autovetture;
- autoveicoli per trasporto promiscuo;
- autocarri di massa fino a 3500 kg;
- camper (autocaravan);
- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto;
- macchine agricole, macchine operatrici, trattori stradali (**esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all' Art. 2.7.1 Forma a Combinazioni**);
- autocarri di massa oltre 3500 kg. (**esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all'Art. 2.7.1 Forma a Combinazioni**);
- autotreni, autoarticolati (**esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all' Art. 2.7.1 Forma a Combinazioni**).

L'assicurazione comprende, inoltre, gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- in occasione della salita o della discesa dal veicolo da lui condotto;
- durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo, fermo in avaria, da lui condotto.

Eventi garantiti

Nell'ambito dell'operatività delle garanzie previste dalla Scelta effettuata sono considerati Infortunio anche i **seguenti eventi**:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;

- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture del tendine d'Achille secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.8 Rotture del tendine d'Achille delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, e le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
- h) le ernie addominali traumatiche da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.6 Ernie addominali traumatiche da Sforzo delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- i) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- k) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato.

Estensioni di garanzia

Si intendono altresì indennizzabili gli Infortuni Circolazione derivanti dai seguenti Rischi:

1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

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

2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

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

3) Rischio eventi naturali catastrofici

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

Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% dei rispettivi capitali assicurati e secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.7 Eventi naturali catastrofici delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.1.1 - Garanzie prestate

Le seguenti garanzie saranno operanti solo se indicate in Polizza

a) Morte

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato.

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

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

Tuttavia, se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, i Beneficiari, o in difetto di designazione gli eredi, hanno diritto alla differenza tra la somma che spetta loro per la Morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

a.1) Supervalutazione futuro protetto

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

a.2) Stato Comatoso Irreversibile

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati all' Art. 5.2.2 Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

b) Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata in Polizza, per l'Infortunio subito dall'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri indicati all' Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, o dalla Condizione specifica di cui all'Art. 2.5.1 Adozione della Tabella INAIL, se operante.

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

Art. 2.1.2 - Garanzia sempre operante

Stato Comatoso

La Società, secondo i criteri indicati all'Art. 5.2.3 Liquidazione indennizzo forfettario per Stato Comatoso, corrisponde l'Indennizzo aggiuntivo forfettario pari ad € 10.000,00 per l'Infortunio da circolazione che abbia comportato uno Stato Comatoso dell'Assicurato.

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

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

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

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di: autobus e autosnodati, taxi e/o veicoli a noleggio di piazza;
- b) guida e utilizzo di: moto d'acqua, motoslitte, gatto delle nevi, quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 Kg), mezzi militari, veicoli utilizzati per il servizio di ordine pubblico/emergenza/soccorso, targhe prova;
- c) guida e utilizzo di: macchine agricole, macchine operatrici, trattori stradali, autocarri di massa oltre 3500 kg, autotreni e autoarticolati limitatamente alla Scelta Persona e alla Scelta Famiglia;
- d) guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente in conseguenza del Sinistro salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà;
- e) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante, a competizioni e alle relative prove da chiunque

- organizzate tranne le Gare di regolarità pura;
- f) guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura;
 - g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
 - h) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad 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;
 - i) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzia base - Estensione di garanzia Rischi particolari punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all' estero;
 - j) 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);
 - k) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche, non rese necessarie da Infortunio indennizzabile;
 - l) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- m) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili dal presente contratto:

- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato, al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Come personalizzare ⁹

Art. 2.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

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

Art. 2.4.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio

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

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché in caso di Intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 50% della Somma assicurata;
- d) gli interventi di chirurgia plastica ed estetica e le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed

9 È possibile personalizzare la copertura assicurativa?

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

A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari e Condizioni Specifiche che ampliano la copertura assicurativa e variano le modalità di valutazione del danno.

eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio, entro il **limite del 50% della Somma assicurata**;

- e) le rette di degenza;
- f) l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- g) il rimborso delle spese per le protesi dentarie, **limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre due anni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio**;
- h) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura e/o ambulatorio, entro il **limite del 50% della Somma assicurata**.

Modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni può avvenire con le seguenti modalità operative:

1) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute^{10 11}

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate l'Assicurato ha diritto al rimborso nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuna Franchigia.

2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Nel caso di ricorso a strutture non convenzionate l'Assicurato potrà scegliere una struttura sanitaria privata o pubblica di propria scelta, sostenere l'esborso anticipato delle spese relative e richiedere successivamente il rimborso nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Polizza e **con l'applicazione della Franchigia di € 50,00 per ogni Infortunio**.

3) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc...) Unipol rimborserà i ticket nonché le spese sanitarie rimaste a carico dell'Assicurato fino alla concorrenza della Somma assicurata annua indicata in Polizza in caso di ricorso a strutture convenzionate con UniSalute e senza applicazione di Franchigie.

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

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

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



11 Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in strutture convenzionate?

Se il Cliente sceglie di usufruire delle prestazioni in strutture convenzionate ottiene un triplice vantaggio:

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



Indennità da Infortunio

Art. 2.4.2 - Indennità per Ricovero

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

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

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

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

In caso di Infortunio, occorso all'Assicurato fuori dai confini della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, che comporti un Ricovero in un Istituto di Cura del luogo, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera per Ricovero maggiorata del 50% per tutto il periodo della degenza.

Art. 2.4.3 - Indennità per Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto previsto dall'Art. 2.4.2 Indennità per Ricovero, la Società corrisponde una indennità di Convalescenza per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o di Day Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo di 90 giorni per Infortunio.

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

Art. 2.4.4 - Indennità per Immobilizzazione

In caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in Polizza.

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

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

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

Art. 2.5 - Condizioni specifiche (a pagamento)

(Acquistabile solo per la Forma assicurativa "Forma Libera" e per ogni Scelta "Persona", "Famiglia" e "Veicolo")

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

Art. 2.5.1 - Adozione della Tabella INAIL

A parziale deroga di quanto disposto all'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente l'Invalidità Permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato 1, parte I (tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente per Industria) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia prevista dalla legge medesima.

Art. 2.5.2 - Supervalutazione Invalidità Permanente

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

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

Art. 2.6 - Condizione specifica (con sconto)

(Disponibile solo per la Forma assicurativa "Forma Libera" e per ogni Scelta "Persona", "Famiglia" e "Veicolo")

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

Art. 2.6.1 - Invalidità Permanente con Franchigia 3%

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

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 3%, l'Indennizzo verrà corrisposto, secondo le condizioni riportate nella Tabella Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente di cui all'Art. 5.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Come assicura

Art. 2.7 - Forma assicurativa

Art. 2.7.1 - Forma a Combinazioni

Con riferimento ad ogni singola Scelta, Persona - Famiglia - Veicolo, la copertura assicurativa è prestata per le garanzie e le Somme assicurate previste dalla combinazione scelta dal Contraente ed indicata in Polizza.

COMBINAZIONI (importi in Euro)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Morte	30.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	100.000	150.000
Invalidità Permanente	50.000	50.000	75.000	75.000	100.000	100.000	100.000	250.000
Rimborso spese mediche	-	-	-	2.500	-	2.500	-	5.000
Indennità (Diarie)	-	-	-	Ricovero e Convalescenza: 40 Immobilizzazione: 20	-	Ricovero e Convalescenza: 40 Immobilizzazione: 20	-	Ricovero e Convalescenza: 80 Immobilizzazione: 40
Stato Comatoso	Sempre operante							
Assistenza	Sempre operante							

Se è operante la Scelta Persona o la Scelta Veicolo le Somme assicurate previste dalla Combinazione prescelta valgono per ogni persona assicurata.

Se è operante la Scelta Famiglia le Somme assicurate previste dalla Combinazione prescelta e indicate nella Polizza si intendono così attribuite:

- al Contraente viene sempre garantito il 100% delle Somme indicate nella Combinazione prescelta;
- ad ogni altro singolo componente il nucleo familiare, indipendentemente dal numero effettivo dei componenti medesimi, viene garantito il 50% delle Somme indicate nella Combinazione prescelta.

Viene inoltre stabilito quanto segue:

per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni, al momento del Sinistro, la Somma assicurata per il caso morte

si intende ridotta del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, mentre la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata.

Qualora nel medesimo evento fossero coinvolte più persone assicurate viene stabilito quanto segue:

- al Contraente viene sempre garantito il 100% delle somme indicate nella Combinazione prescelta;
- se oltre al Contraente è coinvolto un solo altro assicurato, a quest'ultimo viene garantito il 50% delle somme assicurate indicate nella Combinazione prescelta;
- in caso di due o più assicurati coinvolti nell'evento le somme indicate nella Combinazione prescelta sono da suddividere proporzionalmente in base al numero dei componenti medesimi escluso il Contraente.

Art. 2.7.2 - Forma Libera

In alternativa alla Forma a Combinazioni e per ogni Scelta, Persona - Famiglia - Veicolo, la copertura assicurativa può essere personalizzata con garanzie e Somme assicurate a libera scelta, ferma la garanzia Assistenza sempre obbligatoriamente abbinata.

Se è operante la Scelta Famiglia le Somme assicurate prescelte e indicate nella Polizza sono attribuite con i medesimi criteri di cui all'Art. 2.7.1 Forma a Combinazioni.

Art. 2.8 - Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzia base - Estensioni della garanzia - Rischi particolari punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE

SEZIONE INFORTUNI		
Garanzia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie
Morte	Somma assicurata indicata in Polizza	-
Stato Comatoso Irreversibile	Somma assicurata per Morte	-
Invalità Permanente	Somma assicurata indicata in Polizza	-
Indennizzo Forfettario per Stato Comatoso	Euro 10.000,00	-
Rischio eventi naturali catastrofici	Indennizzo pari al 50% delle Somme assicurate per Morte e Invalità Permanente	Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalità Permanente accertata superiore al 50%
Rimborso spese mediche	Somma assicurata indicata in Polizza <ul style="list-style-type: none"> • medicinali, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il limite del 50% della Somma assicurata 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna Franchigia in caso di utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria. • Franchigia assoluta di € 50,00 per ogni Infortunio in caso di prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.
Indennità per Ricovero e Convalescenza	INDENNITÀ PER RICOVERO Somme assicurate indicate in Polizza In caso di Day Hospital, 50% dell'indennità indicata in Polizza Massimo 365 giorni per ogni Infortunio. In caso di Ricovero all'estero, indennità giornaliera maggiorata del 50% INDENNITÀ PER RICOVERO E CONVALESCENZA In aggiunta a quanto previsto per il Ricovero, indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day Hospital, purchè la degenza sia stata di almeno 2 giorni consecutivi Massimo 90 giorni per ogni Infortunio	-
Indennità per Immobilizzazione	Somma assicurata indicata in Polizza. Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	-
Scelta Famiglia	Somme assicurate <ul style="list-style-type: none"> • Al Contraente sempre il 100% delle somme indicate nella Combinazione prescelta; • Ad ogni altro componente il Nucleo familiare sempre il 50% delle somme indicate nella Combinazione prescelta. Per i minori la Somma assicurata per il caso Morte è ridotta del 50% mentre quella per Invalità Permanente si intende maggiorata del 50%	-

Cosa assicura

Art. 3.1 - Garanzia base

La Società indennizza i danni materiali e diretti, causati all'Assicurato dalla sottrazione degli Effetti Personali portati con sé per Furto, Furto con destrezza, Scippo o Rapina che siano avvenuti in conseguenza di un Infortunio da circolazione che abbia comportato:

- l'intervento del Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza (118) o, se avvenuti all'estero, da omologo servizio di intervento, per fornire assistenza all'Assicurato infortunato oppure
- l'intervento di organi preposti per legge all'espletamento dei servizi di polizia stradale dai cui verbali risulta esplicitamente indicato il ricorso dell'Assicurato infortunato al pronto soccorso.

La Somma assicurata indicata in Polizza per ciascun Assicurato/veicolo rappresenta il limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa indipendentemente dal numero dei Sinistri e nell'ambito di tale limite la Società rimborsa anche, fino alla concorrenza del 30% della Somma assicurata, le spese documentate e sostenute in seguito alla sottrazione di chiavi e/o documenti personali, avvenuta nelle medesime circostanze sopra indicate, per:

- la sostituzione delle serrature della dimora abituale con altre dello stesso tipo;
- la duplicazione o il rifacimento dei documenti personali dell'Assicurato.

Se operante la Scelta Famiglia la Somma assicurata indicata in Polizza viene attribuita a ciascun Assicurato con i medesimi criteri di cui all'Art. 2.7.1 Forma a Combinazioni.

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni

Sono esclusi i danni:

- a) indiretti, che non riguardino la materialità delle Cose assicurate;
- b) relativi a oggetti portati con sé dall'Assicurato per lo svolgimento di attività professionali;
- c) relativi ad apparecchiature audiovisive stabilmente fissate sul veicolo;
- d) relativi a oggetti, titoli di credito, documenti di pegno non di proprietà delle persone assicurate e denaro contante in ogni caso;
- e) relativi alla perdita di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, velocipedi, natanti;
- f) verificatisi in conseguenza di tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio;
- g) verificatisi in conseguenza di atti di guerra o insurrezione;
- h) verificatisi in conseguenza di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di 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);
- i) commessi od agevolati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o dei suoi familiari conviventi.

Come assicura

Art. 3.3 - Validità Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

12 Posso assicurare esclusivamente le garanzie previste nella Sezione SALVACIRCOLAZIONE?
No, per usufruire delle coperture previste dalle garanzie presenti nella Sezione SALVACIRCOLAZIONE è necessario l'acquisto contestuale della Sezione INFORTUNI.



SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE

SEZIONE SALVACIRCOLAZIONE		
Garanzia base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie
Spese per la sostituzione di chiavi e/o rifacimento documenti personali	Fino a 30% della Somma Assicurata indicata in Polizza	-

Cosa assicura

Art. 4.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni descritte all'interno del pacchetto acquistato e risultante in Polizza.¹³

Art. 4.1.1 - Prestazioni

I seguenti servizi vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, contattabile secondo le modalità riportate all'Art. 5.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri

Unipol ha la facoltà di cambiare la società di Assistenza e/o la Struttura Organizzativa, dandone tempestivo avviso al Contraente.

Prestazioni erogate in Italia e all'estero

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Pareri medici immediati

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

c) Invio di un medico

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

d) Rientro sanitario con autoambulanza

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

13 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

Per l'erogazione delle garanzie e dei servizi di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A. richiedendo l'aiuto necessario:

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

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



e) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri determinati da:

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

e conseguente immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, a inviare un infermiere convenzionato, assumendone l'onorario fino a un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

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

f) Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

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

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

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

g) Consulenza psicologica-psicoterapica

g.1) Incidente stradale con decesso

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale deceda una persona, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare, a proprie spese, presso la sua abitazione (oppure presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato) uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia, affinché questi possa valutare le sue condizioni psichiche ed eventualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico. In seguito al primo colloquio, se il professionista convenzionato ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico (terapia del lutto), presso lo studio di uno psicoterapeuta convenzionato con la Società. Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre sei mesi dalla data di inizio del trattamento stesso e i relativi costi saranno interamente a carico della Società. La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio. Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico nei giorni immediatamente successivi all'incidente, potrà richiederne l'attivazione entro un periodo di tre mesi dalla data dell'incidente.

g.2) Incidente stradale con "danno grave" all'Assicurato

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale riporti lesioni fisiche gravi (vedi elenco punto g.2.1), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare, a proprie spese, presso la sua abitazione o presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato, uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Il professionista convenzionato valuterà le condizioni psichiche dell'Assicurato ed eventualmente

anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico. In seguito al primo colloquio, se il professionista ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico presso lo studio di uno psicologo o di psicoterapeuta convenzionato con la Società. Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre dodici mesi dalla data di inizio del trattamento stesso, sia per la persona che ha riportato le lesioni fisiche sopra citate, che per gli eventuali suoi familiari assicurati. I costi relativi al trattamento saranno interamente a carico della Società. La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio. Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico nei giorni immediatamente successivi all'evento, la garanzia resterà comunque attiva per un periodo di tre mesi dalla data dell'evento.

g.2.1) Elenco Lesioni fisiche gravi, permanenti irreparabili

AMPUTAZIONI:

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

APPARATO GENITALE:

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

CICATRICI:

cutanee gravemente deturpanti al volto o non al volto.

ESITI DI FRATTURE VERTEBRALI MIELICHE:

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

ESITI DI GRAVE POLITRAUMA:

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

ESITI DI TRAUMA CRANICO:

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

LESIONI DEGLI ORGANI INTERNI:

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

PERDITA DI VISTA O UDITO:

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

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

h) Invio baby-sitter

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di Immobilizzazione, la Società provvederà, durante il Ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura o dalla rimozione del gesso, a inviare una babysitter, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un numero massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel Nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

i) Invio badante

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di Immobilizzazione, la Società provvederà, durante il Ricovero o nei trenta giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, a inviare una badante, assumendone il compenso fino a un massimo di 6 ore la settimana per un numero massimo di 14 giorni.

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

Cosa NON assicura

Art. 4.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

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

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE

SEZIONE ASSISTENZA		
Garanzia base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie
Rientro sanitario con autoambulanza	Entro il limite di km 300 € 300 per Sinistro e Assicurato	-
Invio infermiere a domicilio	Massimo 1 ora al giorno per 7 giorni	-
Invio fisioterapista a domicilio	Massimo 1 ora al giorno per 7 giorni	-
Consulenza psicologica-psicoterapica	Incidente stradale con decesso: trattamento non oltre 6 mesi dalla data di inizio	-
	Incidente stradale con danno grave all'Assicurato: trattamento non oltre 12 mesi dalla data di inizio	
Invio baby sitter	Massimo 6 ore la settimana e per massimo 14 giorni	Se nel Nucleo Familiare è presente un figlio minore di 15 anni
Invio badante	Massimo 6 ore la settimana e per massimo 14 giorni	-

Art. 5.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

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

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o - in caso di impedimento per le conseguenze riportate dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

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

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

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

Relativamente alla Sezione Infortuni¹⁴ per le garanzie sotto riportate, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre:

- **Invalità Permanente liquidazione dell'indennizzo per Invalità Permanente in favore degli eredi:** presentare alla Società, in caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero;
- **Indennità per solo Ricovero o per Ricovero e Convalescenza:** presentare alla Società la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del ricovero o del Day Hospital;
- **Indennità per Immobilizzazione:** presentare alla Società la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Relativamente alla garanzia **Rimborso spese mediche** da Infortunio il Contraente o l'Assicurato deve:

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all'estero, specificando la prestazione richiesta.

La Struttura Organizzativa, dopo la valutazione della richiesta, si attiverà con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunicherà all'Assistito gli estremi dell'appuntamento.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Struttura Organizzativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi Artt. 5.11.1 Prestazioni effettuate in strutture convenzionate con UniSalute, 5.11.2 Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati o 5.11.3 Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale. Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Struttura Organizzativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'Art. 5.11.2 Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate

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

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

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

da medici non convenzionati e all'Art. 2.4.1 punto 2), Rimborso spese mediche da Infortunio - Modalità di erogazione delle prestazioni.

Relativamente alla Sezione Salvacircolazione il Contraente o l'Assicurato deve:

- comunicare per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società la data ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note, le modalità di accadimento e l'importo approssimativo del danno, entro 10 giorni dalla data dell'avvenimento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.
- fare denuncia del Sinistro alle Autorità competenti e trasmetterne copia all'Agenzia o alla Direzione della Società.

Relativamente alla Sezione Assistenza l'Assicurato deve:

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

- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l'assistenza;
- dati relativi al luogo dell'eventuale intervento;
- numero di polizza;
- nominativo del Contraente;
- eventuale numero di targa;
- di quale garanzia intende usufruire.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista. L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 5.2 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

- Il certificato di Morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- Il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- Il certificato autoptico;
- Il certificato di non gravidanza della coniuge superstite.

Art. 5.2.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte.

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

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

Art. 5.2.2 - Liquidazione indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile

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

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

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

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

Si precisa che la garanzia di cui all'Art. 2.1.1 Garanzie prestate lettera a. 1) Sovervalutazione futuro protetto, non è applicabile ai casi di Stato Comatoso Irreversibile.

Art. 5.2.3- Liquidazione indennizzo forfettario per Stato Comatoso

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

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

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

Art. 5.3 - Criteri di valutazione dell' Invalidità Permanente ¹⁵

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

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo

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

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

arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere **al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**

- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente, tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

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

Art. 5.4 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente totale la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente.

TABELLA DI INDENNIZZO

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

Art. 5.5 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o difetto fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.6 - Ernie addominali traumatiche da Sforzo

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

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

In caso di contestazioni circa l'operabilità e la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 5.13 Arbitrato irrituale.

Art. 5.7 - Eventi naturali catastrofici

La tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 5.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

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

Art. 5.8 - Rotture del tendine d'Achille

In caso di rottura del tendine d'Achille la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 5.4 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente, deve intendersi non operante. La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000,00.

Art. 5.9 - Criteri di Indennizzo delle Indennità da Infortunio

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite all'Art. 2.4 Garanzie Supplementari - Indennità da Infortunio, valgono le specifiche norme previste agli Artt. 2.4.2 Indennità per Ricovero, 2.4.3 Indennità per Ricovero e Convalescenza, 2.4.4 Indennità per Immobilizzazione della Sezione Infortuni.

Art. 5.10 - Anticipo Indennizzo

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

A) Invalidità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 50.000 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

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

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

B) Indennità per Ricovero e per Ricovero e Convalescenza

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero di almeno 60 giorni senza soluzione di continuità, certificato da idonea documentazione medica, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto

pari a 30 giorni a titolo di anticipazione dell'Indennizzo dovuto.

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

Art. 5.11 - Criteri di Liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio

Art. 5.11.1 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una prestazione durante il Ricovero o extraricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art. 5.11.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati e all'Art 2.4.1 Rimborso spese mediche da Infortunio - Modalità di erogazione delle prestazioni, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

L'Assicurato provvederà al pagamento delle prestazioni effettuate a tariffe agevolate, direttamente al centro sanitario ed inoltrerà i relativi documenti di spesa sostenuta alla Società, per il relativo rimborso che verrà effettuato, in caso di evento indennizzabile, in base a quanto previsto dall'Art. 2.4.1 Rimborso spese mediche da Infortunio - Modalità di erogazione delle prestazioni, punto 1) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Art. 5.11.2 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

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

- in caso di Ricovero copia conforme all'originale della lettera di dimissione: qualora non sia esaustiva o non sia sufficiente ad una corretta valutazione della copertura verrà chiesta la copia integrale della cartella clinica.
- in caso di prestazioni extraricovero copia dei certificati medici di prescrizione.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da Unipol e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti l'Infortunio denunciato, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad Unipol della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

Qualora l'Assicurato abbia presentato, ad altre compagnie assicurative, richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui all'Art 2.4.1 Rimborso spese mediche da Infortunio - Modalità di erogazione delle prestazioni, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 5.11.3 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti Artt. 5.11.1 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute o 5.11.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati.

Art. 5.12 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 5.13 - Arbitrato irrituale

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

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

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

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

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

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 5.14 - Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo dovuto, la Società provvede entro 30 giorni dalla data di restituzione della quietanza debitamente firmata, al pagamento, a condizione che non sia stata fatta opposizione o non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto.

NORME PER LA SEZIONE SALVACIRCOLAZIONE

Art. 5.15 - Esagerazione dolosa del danno

L'Assicurato che dolosamente esagera l'ammontare del danno dichiarando rubate Cose che non esistevano al momento del Sinistro, che occulta, sottrae o manomette Cose non rubate, che adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, che altera le tracce o gli indizi materiali del reato ed i residui del Sinistro, perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 5.16 - Criterio di valutazione del danno

Premesso che l'Assicurazione è stipulata nella forma a Primo Rischio Assoluto e il tipo di garanzia è Valore a nuovo, l'ammontare del danno liquidabile viene così determinato:

- il danno liquidabile è pari al costo di rimpiazzo dei beni perduti con altri nuovi uguali o equivalenti per uso, qualità, caratteristiche e funzionalità, deducendo solo il valore dei recuperi; per i beni danneggiati, invece, il danno liquidabile è pari al costo di riparazione o, se economicamente conveniente, al costo di rimpiazzo determinato come sopra; Viene, inoltre, stabilito quanto segue:
- posto che l'Assicurazione è prestata nella forma a Primo Rischio Assoluto, la Società risponde dei danni sino alla concorrenza della Somma assicurata senza applicazione della Regola proporzionale, qualunque sia al momento del Sinistro il valore complessivo dei beni assicurati;
- per ogni Sinistro, in ogni caso, la Società non riconoscerà somme superiori a quelle assicurate, salvo quanto previsto dall'articolo 1914 del Codice Civile per le spese di salvataggio e salvo quando sia diversamente pattuito nel contratto.

Art. 5.17 - Recupero delle Cose rubate

Se le Cose rubate vengono recuperate in tutto o in parte, l'Assicurato deve darne comunicazione alla Società appena avvenuta notizia. Le Cose recuperate divengono di proprietà della Società se il danno è stato indennizzato integralmente; se, invece, il danno è stato indennizzato solo in parte, il valore delle Cose

recuperate sarà ripartito nella stessa proporzione tra l'Assicurato e la Società.
È facoltà dell'Assicurato trattenere i beni recuperati rimborsando alla Società l'importo riscosso a titolo di indennizzo per i beni medesimi.
L'Assicurato ha il diritto di lasciare alla Società le Cose rubate che vengano ritrovate dopo 60 giorni dalla data di avviso del Sinistro.

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

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente 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, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di 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. 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 la 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. 1907 - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

Art. 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. 1914 - Obbligo di salvataggio

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

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 o per caduta in mare, nei quali ricorranogli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio,

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

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 726 - Domanda per la dichiarazione di morte presunta

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

Art. 727 - Pubblicazione della domanda

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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 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 riconoscerLe 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 le comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l'assistenza tecnica e garantirLe l'accesso alla Sua area riservata.
- **(F7)** – *Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “Soft spam”)*: il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell'ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviarLe le comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, **“I Suoi diritti”**).

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

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e); f); 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.

USA_Info_Cont_01 – ed. 12.12.2025

