



MOBILITÀ

Alleghiamo i seguenti documenti:

- **Set informativo**
- **Informativa Privacy**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro rischi vari relativi alla mobilità. Fa parte della più ampia offerta denominata "Unipol UNICA" con la quale è possibile assicurare per sé e/o per conto dei componenti del Nucleo di contratto i rischi relativi alle aree Veicoli e Mobilità, Casa e Famiglia e Persona.



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 DA CIRCOLAZIONE:** conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato conseguenti alla circolazione. La copertura Infortuni prevede la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- **Invalità permanente per Infortunio da circolazione:** pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalità Permanente accertata distinguendo nella quantificazione tra diversi scaglioni d'Invalità.

- **Decesso per Infortunio da circolazione:** pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in caso di morte. Il medesimo Indennizzo è previsto in caso di Stato Comatoso Irreversibile.

✓ **DANNI A TERZI:** danni involontariamente causati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a Cose, in conseguenza di un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi connessi alla proprietà, possesso, uso e custodia di velocipedi, E-bike (bicilette elettriche), Monopattini elettrici, Hoverboard, Segway, Monowheel.

✓ **ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ:** rimborso dei costi relativi a:

- **PERDITA PECUNIARIA VEICOLO SOSTITUTIVO;** utilizzo del servizio di sharing o noleggio a breve termine di un altro veicolo di qualsiasi natura in caso di indisponibilità dei veicoli di proprietà dell'Assicurato;

- **PERDITA PECUNIARIA RCA;** eventuale Franchigia dovuta all'attivazione/operatività dell'assicurazione RCA del veicolo in caso di autovettura noleggiata tramite servizio di sharing o noleggio a breve termine;

- **PERDITA PECUNIARIA CVT;** eventuale Franchigia, Scoperto o Minimo non indennizzabile a carico dell'Assicurato stesso dovuta all'attivazione/operatività dell'assicurazione CVT del veicolo in caso di autovettura noleggiata dall'Assicurato tramite servizio di sharing o noleggio a breve termine.

✓ **ASSISTENZA MOBILITÀ MOBILITÀ (se presente INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE):** 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 abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

TUTELA LEGALE MOBILITÀ: spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, necessari per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nell'ambito dei casi previsti contrattualmente relativi ad un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi connessi alla proprietà, possesso, uso e custodia di Velocipedi; e-bike (bicilette elettriche); monopattini elettrici; hoverboard; segway e monowheel.

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE: Rimborso spese mediche / Diaria da ricovero / Diaria da Immobilizzazione.

Condizioni Specifiche [a pagamento]:

INFORTUNI: Tabella di valutazione INAIL / Invalità Permanente con Franchigia 0%.

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono oggetto di copertura i danni causati con dolo dell'Assicurato o del Contraente

✗ **INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE:** 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 Invalità Permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.

✗ **ASSISTENZA MOBILITÀ:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

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

! **INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE:** guida di qualsiasi veicolo o natante motore se l'Assicurato non ha la necessaria abilitazione; 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; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (ad eccezione del caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati.

! **DANNI A TERZI:** derivanti dalla partecipazione a gare, competizioni e relativi allenamenti di tutti gli sport svolti a livello professionistico o con compenso ricorrente in denaro, salvo i rimborsi delle spese sostenute.

! **TUTELA LEGALE MOBILITÀ:** diritto di famiglia, successioni e donazioni; materia fiscale o amministrativa; per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.

! **ASSISTENZA MOBILITÀ:** eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni.



Dove vale la copertura?

La copertura in generale vale dove è ubicato il Rischio assicurato con le seguenti precisazioni

- ✓ **INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE:** L'Assicurazione vale in tutto il mondo salvo quanto previsto per Rischio guerra e insurrezioni all'estero (validità fuori da Italia, Repubblica di San Marino e Stato della Città del Vaticano).
- ✓ **DANNI A TERZI:** L'Assicurazione opera in tutto il mondo. Nel momento in cui l'Assicurato trasferisce la propria residenza/domicilio all'estero, la stessa opera esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano. Relativamente agli USA, Canada e Messico, restano esclusi i risarcimenti a carattere punitivo e/o sanzionatorio.
- ✓ **TUTELA LEGALE MOBILITÀ:** L'Assicurazione vale per i Sinistri insorti e che devono essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente, che si trova:
 - nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e alle Vertenze contrattuali.Solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo rimborso di € 5.000.
 - nella Repubblica Italiana, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per il Ricorso contro le sanzioni amministrative pecuniarie.
- ✓ **ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ:** L'Assicurazione è valida per i soli eventi avvenuti in Italia, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.
- ✓ **ASSISTENZA MOBILITÀ:** L'Assicurazione ha validità territoriale a seconda delle Prestazioni fornite.



Che obblighi ho?

- Quando stipuli l'Assicurazione, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione dell'Assicurazione e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di Sinistro.
- Inoltre, devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- Puoi stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto. A tal fine devi fornire, se richiesto da Unipol, prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa. Devi inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è comprensivo di imposte e deve essere pagato alla stipula della Polizza all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure a Unipol. Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/web che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Premesso che il Premio è indivisibile, Unipol può concedere il pagamento frazionato in rate semestrali o annuali. In tal caso le rate successive alla prima devono essere pagate entro le scadenze stabilite. Per ogni Posizione assicurativa di Polizza puoi scegliere un diverso frazionamento del Premio. Solo dopo l'accordo di Unipol il Premio può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 Anni), per ciascuna Annualità assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata nella singola Posizione assicurativa di Polizza. In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può avere una durata di un Anno o maggiore di un Anno. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Posizione assicurativa di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non paghi il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende effetto 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. In relazione alla Singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo.

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro Anno e così di Anno in Anno. Inoltre, se è stato scelto il tacito rinnovo e Unipol comunica eventuali modifiche tariffarie e/o di Franchigie/Scoperti e limiti d'Indennizzo intervenute, il mancato pagamento del nuovo Premio comporta che il contratto cessa per disdetta alla data di scadenza.

L'Assicurazione, se stipulata senza tacito rinnovo, opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa eventualmente stipulata e comunque fino e non oltre le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Posizione assicurativa.



Come posso disdire la polizza?

In relazione alla Posizione assicurativa interessata, in caso di Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta mediante lettera raccomandata o PEC a Unipol.

Se l'Assicurazione, in relazione alla singola Posizione Assicurativa, è stata stipulata con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta in forma scritta mediante lettera raccomandata o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione.

Se la durata della singola Posizione Assicurativa è poliennale:

- per durate fino a 5 Anni non puoi recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 Anni puoi recedere solo dopo i primi 5 Anni di durata contrattuale comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Assicurazione per la mobilità



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

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Unipol UNICA - Mobilità

Data: 01/04/2025 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

Società Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; sito internet: www.unipol.it; e-mail: info-danni@unipol.it; PEC: unipol@pec.unipol.it, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183. Con effetto a far data dal 31 dicembre 2024 Unipol Gruppo S.p.A., già società di partecipazione assicurativa capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol, ha incorporato la controllata UnipolSai Assicurazioni S.p.A., acquisendone per l'effetto le autorizzazioni all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa ed assumendo la denominazione di Unipol Assicurazioni S.p.A. Il bilancio d'esercizio di Unipol Gruppo al 31 dicembre 2023 espone un patrimonio netto di 6.177 milioni di euro, di cui capitale sociale per 3.365 milioni di euro e totale riserve patrimoniali per 2.434 milioni di euro. Unipol Gruppo, quale società di partecipazione assicurativa, non era in precedenza tenuta a redigere la relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR), che sarà redatta per la prima volta da Unipol Assicurazioni S.p.A. con riferimento alla data del 31 dicembre 2024 e sarà pubblicata nei termini di legge. Con riferimento al 31 dicembre 2023 Unipol Gruppo ha redatto e pubblicato la Relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria del Gruppo Unipol, disponibile sul sito internet della società al seguente link <https://www.unipol.it/it/relazione-sulla-solvibilita-e-condizione-finanziaria-2023>.

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

PRODOTTO



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

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

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO. Invalidità Permanente con Franchigia 5% vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.8 pg.24 di 63. **OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO. INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE: Rimborso spese mediche**, vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.5.1 pg.21 di 63; **Diaria da Ricovero** vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.5.2 pg.22 di 63; **Diaria da Immobilizzazione** vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.5.3 pg.23 di 63; **Tabella di valutazione INAIL** vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.6.1 pg.23 di 63; **Invalidità Permanente con Franchigia 0%** vedasi Sezione Infortuni da Circolazione Art.2.6.2 pg.23 di 63.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. **INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE:** Invalidità Permanente da Infortunio: Franchigia 3%; Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 20%: Franchigia 0%. Sono anche previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni: **INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE: 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 e autoarticolati. L'Assicurazione è tuttavia operante nel caso di: abilitazione scaduta ma rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite in seguito al Sinistro//Infortuni subiti dai minori assicurati alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà//guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dall'estensione "Rischio guerra, insurrezioni all'estero" della Garanzia Base//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 causati da: infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza//alcolismo cronico. Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione: infarto e ictus determinati da qualsiasi causa. **DANNI A TERZI: non comprende i danni:** causati da atti dolosi dell'Assicurato, salvo se compiuti da persone delle quali debba rispondere per legge//da Furto o Rapina//conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite//derivanti da inquinamento. **ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ:** Limitatamente alle garanzie Perdita pecuniaria veicolo sostitutivo e Perdita pecuniaria RCA l'Assicurazione non opera per gli eventi esclusi o comunque non coperti dall'assicurazione del veicolo. **TUTELA LEGALE MOBILITÀ: non opera per:** controversie derivanti dalla proprietà di veicoli, Aeromobili, imbarcazioni, navi e natanti da diporto//controversia che abbia per oggetto danni derivati dalla partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, dalla pratica del ciclismo a livello professionistico, dalla pratica di sport estremi con l'uso del mezzo di trasporto (per esempio Freeride, Slopestyle Downhill)//adesione ad azioni di classe (class action)//contratti finanziari, bancari e a polizze RCA//controversie con Unipol riferite alla presente Polizza. Se l'Assicurato è coinvolto in una vertenza, Unipol non copre le seguenti spese: compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite//compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale//compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG//Spese per l'indennità di trasferta//Spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro//spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria//imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia//multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere//spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali//spese non concordate con ARAG//ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione//spese recuperate dalla controparte//le spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la Transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG. Unipol, inoltre, non copre: nel ricorso avverso le sanzioni amministrative le spese sostenute se non vi è l'accoglimento del ricorso//le spese sostenute per le Vertenze contrattuali con società appartenenti a Unipol Gruppo. **ASSISTENZA MOBILITÀ: non opera 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 UNICA - Mobilità è rivolto a persone fisiche che intendono assicurare se stesse e/o familiari conviventi, ascendenti/discendenti di primo grado non conviventi - propri e/o del proprio coniuge, compagno/a, inclusi se di interesse i componenti del nucleo familiare di ciascuno di essi risultante da certificato di stato di famiglia o conviventi, con esigenza principale di: protezione contro i rischi infortuni da circolazione stradale; tutela del proprio patrimonio da eventuali richieste di risarcimento per danni provocati a terzi (persone/cose) in conseguenza di fatti inerenti la micromobilità; salvaguardia del proprio patrimonio dai rischi connessi all'uso ordinario o straordinario di servizi in sharing mobility o noleggio a breve termine.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Unipol.
Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Arbitrato irrituale Sezione INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE: le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio o sulla quantificazione dell'Indennizzo possono essere affidate tramite comunicazione scritta a un collegio di tre medici. Tali medici sono nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino all'Assicurato.- Sezione TUTELA LEGALE MOBILITÀ: in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri tra l'Assicurato e Unipol o ARAG, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità. L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: Infortuni da Circolazione: 2,5%//Danni a terzi: 22,25%//Tutela Legale Mobilità: 21,25%//Assistenza Mobilità: 10%//Zero Pensieri in Mobilità: 21,25%. Detrazione fiscale. Non prevista. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista
---	--

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



UNIPOL UNICA - Mobilità

Assicurazione per la Mobilità

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 07505 / 001 / 00000 / U - Ed. 01/04/2025

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

GLOSSARIO	1 di 63
1. NORME CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE IN GENERALE	6 di 63
Quando comincia la copertura e quando finisce	6 di 63
Quando e come devo pagare	9 di 63
Che obblighi ho	13 di 63
Altre norme	14 di 63
2. SEZIONE INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE	16 di 63
Cosa assicura	16 di 63
Cosa NON assicura	20 di 63
Come personalizzare	21 di 63
Come assicura	24 di 63
3. SEZIONE DANNI A TERZI	27 di 63
Cosa assicura	27 di 63
Cosa NON assicura	27 di 63
Come assicura	28 di 63
4. SEZIONE TUTELA LEGALE MOBILITÀ	29 di 63
Cosa assicura	29 di 63
Cosa NON assicura	31 di 63
Come assicura	32 di 63
5. SEZIONE ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ	35 di 63
Cosa assicura	35 di 63
Cosa NON assicura	36 di 63
Come assicura	36 di 63
6. SEZIONE ASSISTENZA MOBILITÀ	37 di 63
Cosa assicura	37 di 63
Cosa NON assicura	39 di 63
Come assicura	39 di 63
7. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	41 di 63
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	59 di 63
NUMERI E RIFERIMENTI UTILI	63 di 63

FAQ

I box di consultazione sono degli spazi con dei simboli, facilmente individuabili nelle condizioni di assicurazione.

Contengono:

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

Tali spazi non hanno valore contrattuale ma, in alcuni casi, ne riportano solo degli esempi. Perciò, è sempre necessario porre attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

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

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

Ambito di protezione: l'insieme delle garanzie assicurative a copertura di specifiche aree di Rischio.

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

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

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

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

Assistenza: l'assicurazione rientrante nel ramo 18 prevista all'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che offre all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto entro i limiti definiti dall'Assicurazione, nel caso in cui egli si trovi in una situazione di difficoltà in seguito al verificarsi di un evento fortuito.

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

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

Capofamiglia (per la scelta NUCLEO FAMILIARE): la persona nominalmente indicata nella Posizione assicurativa di Polizza come riferimento per il certificato di Stato di Famiglia.

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

Centrale Operativa: è la struttura di UniSalute con operatori, medici, paramedici e tecnici che su richiesta dell'Assicurato organizza e prenota la prestazione presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

La struttura è operativa dal lunedì al venerdì (esclusi festivi), dalle 8.30 alle 19.30.

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

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

Cose: oggetti materiali e animali.

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

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

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

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

Estratto di Polizza: documento di sintesi fornito dalla Società in relazione al singolo Assicurato e che raccoglie le Posizioni assicurative a lui riferibili.

Familiari: persone indicate nel certificato di Stato di Famiglia dell'Assicurato/Capofamiglia alla data del Sinistro.

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

Franchigia, Scoperto o minino non indennizzabile (per la Sezione Zero Pensieri in Mobilità): parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, dovuta all'attivazione ed operatività dell'assicurazione del veicolo.

Immobilizzazione: è l'applicazione a seguito di Infortunio di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno.

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

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

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

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

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

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

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, alla fornitura dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Massimale: importo indicato nella Posizione assicurativa di Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di Sinistro.

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 di contratto: l'insieme dei soggetti identificati dal Contraente per conto dei quali quest'ultimo può stipulare l'Assicurazione, purché rientranti fra le seguenti categorie:

- coniuge o compagno/a convivente,
- parenti od affini stabilmente conviventi con il Contraente (intendendosi per affini i parenti del coniuge/compagno/a),
- genitori e figli non conviventi del Contraente o del coniuge/compagno/a.

Solo per alcuni Ambiti di protezione sono inclusi:

- le persone giuridiche formate in via esclusiva da tali soggetti,
- collaboratori/trici familiari.

In particolare, il Contraente non può acquistare l'Ambito di protezione "Mobilità" per le persone giuridiche e per collaboratori/trici familiari.

Periodo assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Posizione assicurativa 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 Posizione assicurativa di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Posizione assicurativa e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

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

Polizza: il documento, relativo ad uno o più Ambiti di protezione, contenente una o più Posizioni assicurative, che prova l'Assicurazione, come previsto dall'Art. 1888 del Codice Civile.

Posizione assicurativa (Posizione assicurativa di Polizza): parte numerata della Polizza che riporta per il singolo Assicurato le informazioni relative alla specifica copertura assicurativa e che attesta il periodo della copertura e le garanzie scelte.

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

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

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

Reato: i reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o multa e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

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

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

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

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

Somma assicurata: la somma indicata nella Posizione assicurativa utilizzato per il calcolo dell'Indennizzo/Rimborso per ogni garanzia.

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

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

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

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

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

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo di convenzione dedicato.

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

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

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

Vendita a distanza: sistema di vendita che impiega esclusivamente la tecnica di comunicazione a distanza del sito web, dell'APP e del call center.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con il Contraente che, senza la presenza fisica e simultanea delle parti, viene impiegata per il collocamento a distanza dell'Assicurazione.

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

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

Premessa

Unipol UNICA

Il Contraente può stipulare il contratto "Unipol UNICA" per sé e/o per conto dei singoli Assicurati che compongono il suo Nucleo di contratto, sulla base delle loro esigenze e dietro rilascio di apposita delega.

Unipol Unica si articola nelle Aree assicurative:

- Veicoli e Mobilità
- Casa e Famiglia
- Persona.

In ciascuna Area sono individuabili vari Ambiti di protezione acquistabili dal Contraente.

La Polizza riporta gli Ambiti di protezione acquistati e all'interno di ciascuno di essi le Posizioni assicurative corrispondenti ai singoli Assicurati.

In relazione all'Ambito di protezione "**Mobilità**" valgono le Condizioni di Assicurazione che seguono.

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

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

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

Art. 1.2 - Durata dell'Assicurazione e poliennialità ¹

In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può avere una durata:

- di un Anno
- maggiore di un Anno.

L'Assicurazione, se stipulata senza tacito rinnovo, opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa eventualmente stipulata e comunque fino e non oltre le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Posizione assicurativa.

Se è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni), per ciascuna Annualità Assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza. Il Premio esposto è già comprensivo



DUBBI

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?

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

dello sconto. Nel caso di adeguamento automatico delle Somme assicurate e del Premio, anche l'importo dello sconto varierà di conseguenza.

Inoltre, se la durata della singola Posizione assicurativa è poliennale, il Contraente, come previsto dal 1° comma dell'Art. 1899 del Codice Civile:

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

Art. 1.3 - Proroga dell'Assicurazione, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio e/o di Franchigie, Scoperti e limiti d'indennizzo alla scadenza ²

In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo.

Tacito rinnovo

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro Anno e così di Anno in Anno. Il rinnovo non avviene se il Contraente o la Società inviano la disdetta almeno 30 giorni prima dalla scadenza dell'Assicurazione. **Il Contraente comunica la disdetta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, con una delle seguenti modalità:**

- lettera raccomandata;
- PEC (posta elettronica certificata).

La Società comunica al Contraente la disdetta con lettera raccomandata e/o PEC (se il Contraente ne è in possesso).

In caso di Assicurazione stipulata con tacito rinnovo, se interviene una modifica della tariffa dei Rischi assicurati e/o delle Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo applicati alle garanzie della Posizione Assicurativa, la Società alla scadenza del contratto comunica al Contraente le nuove condizioni con posta ordinaria almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contraente può:

- **accettare le nuove condizioni e il nuovo Premio proposto pagandolo; in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo in tali elementi;**
- rifiutare le nuove condizioni e il nuovo Premio proposto non pagandolo; in questo caso la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza. **Se però il Premio annuo è frazionato in 12 rate mensili, il Contraente entro la scadenza deve prendere contatto con la propria Agenzia per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico; anche in questo caso la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo**



DUBBI

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza o prosegue?

Dipende dalla scelta effettuata alla stipula dell'Assicurazione. Se l'Assicurazione è "senza tacito rinnovo" la copertura assicurativa termina la sua efficacia alla scadenza senza bisogno di comunicazione tra le Parti. Ciò significa che il Contraente dovrà prestare molta attenzione perché dopo la scadenza non avrà più la copertura assicurativa.

Se invece l'Assicurazione è stipulata "con tacito rinnovo" la copertura assicurativa prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o la Società non decideranno di dare disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza. Sempre in caso di "tacito rinnovo", a seguito di variazioni tariffarie dei rischi assicurati e/o delle Franchigie, Scoperti e limiti d'indennizzo la Società può proporre al Contraente le nuove Condizioni, comunicandole almeno 30 giorni prima della scadenza. In questo caso il Contraente può rifiutare le nuove condizioni e non rinnovare l'Assicurazione solamente interrompendo il pagamento del Premio, azione che in caso di addebito ricorrente deve essere richiesta entro la scadenza presso la propria Agenzia.

Premio proposto e l'Assicurazione si intende cessata per disdetta alla data di scadenza.

Non rinnovabilità

Se è stipulata senza tacito rinnovo, l'Assicurazione termina alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

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

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

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

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

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

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

Il limite massimo di età assicurabile è di 80 anni.

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

Se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE (ai sensi della Scelta effettuata dal Contraente come indicato dal successivo Art. 1.17) e il predetto limite d'età viene raggiunto da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie terminano alla scadenza dell'annualità in corso per lui e per l'intero NUCLEO FAMILIARE.

Art. 1.6 - Cessazione dell'Assicurazione per perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto o per decesso

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale perdita in corso di contratto da parte dell'Assicurato del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto; egli deve anche comunicare il decesso dell'Assicurato.

In seguito a queste comunicazioni si verificano le seguenti conseguenze:

- **perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto:**
tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano per l'Assicurato alla scadenza dell'annualità in corso; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con perdita del requisito da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso sia per lui che per l'intero NUCLEO FAMILIARE;
- **decesso dell'Assicurato:**
tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla data del decesso dell'Assicurato; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con il decesso dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, per tale nucleo tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso.

Art. 1.7 - Diritto di Recesso in caso di Vendita a distanza

Entro 14 giorni dalla data di stipula della Polizza a distanza il Contraente ha diritto di recedere dal contratto. Il Recesso è efficace per la Posizione o le Posizioni assicurative riportate nella Polizza, salvo i casi espressamente esclusi dall'Art. 67-duodecies del D. Lgs. 6 settembre 2005 n.

206 (il "Codice del consumo"). Tale diritto viene riconosciuto anche in caso di successiva stipula a distanza, finalizzata all'inserimento di una o più nuove Posizioni assicurative e/o nuove garanzie, limitatamente alle variazioni apportate.

Il Contraente può recedere inviando una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza - o della Posizione assicurativa e/o garanzia successivamente inserite - tramite:

- lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviare alla Società e all'intermediario oppure
- posta elettronica certificata (PEC) da inviare dalla propria casella PEC a quella dell'intermediario e della Società.

A seguito del Recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui la Società e l'intermediario hanno ricevuto la comunicazione di Recesso, al netto degli oneri fiscali che restano a suo carico.

Quando e come devo pagare

Art. 1.8 - Pagamento del Premio ³

I Premi devono essere pagati all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società.

Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/WEB che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Art. 1.9 - Frazionamento del Premio ⁴

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

? DUBBI

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

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

? DUBBI

4 Quando deve essere pagato il Premio?

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

Art. 1.10 - Pagamento frazionato mensile del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato nella Posizione assicurativa di Polizza il frazionamento mensile)

In relazione alla singola Posizione assicurativa 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 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) aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, sul sito della Società o tramite APP, comunicando il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare;
- (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 della Posizione assicurativa, 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 nella Posizione assicurativa di riferimento 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 nella Posizione assicurativa di riferimento 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

Alla scadenza della Posizione assicurativa, il Contraente che intende rinnovarla 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 per uno o più contratti assicurativi in vigore, o per altre Posizioni assicurative della Polizza, il frazionamento mensile non potrà essere rinnovato fino a che il Contraente non abbia provveduto a corrispondere tutte le rate non pagate.

Se la Posizione assicurativa per la quale è previsto il frazionamento mensile è 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, la Posizione assicurativa deve intendersi cessata 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. Modifica del frazionamento

Durante la validità della Posizione assicurativa la Società revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- 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. 1.11 - Adeguamento delle Somme assicurate e dei relativi Premi

Le Somme assicurate, i Massimali, gli importi relativi ad Indennizzi forfettari indicati in cifra assoluta ed i Premi vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale, solo se la Posizione assicurativa riporta la presenza dell'adeguamento automatico.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie indicate in percentuale o in giorni, i limiti oltre i quali si applicano dette Franchigie, i minimi ed i massimi di Scoperto, i limiti indicati in giorni, i valori indicati in percentuale, gli importi indicati in cifra assoluta relativi a:

- i limiti massimi di Indennizzo;
- tutte le prestazioni della Sezione Assistenza Mobilità;
- tutte le prestazioni della Sezione Zero Pensieri in Mobilità.

Che obblighi ho

Art. 1.12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, la Società può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.13 - Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di diminuzione del Rischio.

Art. 1.14 - Aggravamento del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento del Rischio.

Art. 1.15 - Assicurazione per conto altrui

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto A tal fine deve fornire - se richiesto dalla Società - la prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa sulla base delle loro esigenze.

Il Contraente deve inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.

Art. 1.16 - Altre assicurazioni

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

La mancata comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

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

- polizze stipulate a favore degli stessi Assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il contraente di tali polizze sia il Contraente o l'Assicurato della presente Assicurazione;
- polizze stipulate a copertura del Rischio Infortuni della circolazione;
- garanzie infortuni provenienti automaticamente dalla titolarità di Carte di credito, Conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisiti di beni o servizi non assicurativi;
- garanzie assistenza.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

L'Assicurato è tenuto a richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

Altre norme

Art. 1.17 - Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione in una delle seguenti modalità, specificatamente indicata nella Posizione assicurativa di Polizza:

- **Scelta PERSONA:** la copertura opera per l'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza;
- **Scelta NUCLEO FAMILIARE:** la copertura opera per l'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza in qualità di Capofamiglia, più i suoi Familiari.

Il Contraente può inoltre:

- Aggiungere fino a 3 persone non appartenenti allo Stato di famiglia del Capofamiglia, indicandoli nominalmente nella Posizione assicurativa. È possibile aggiungere:
 - i figli del Capofamiglia non conviventi di età inferiore ai 25 anni;
 - i figli del coniuge/compagno/a del Capofamiglia non conviventi di età inferiore ai 25 anni;
 - ogni altro soggetto non rientrante tra quelli sopra indicati se convivente in modo continuativo con il Capofamiglia.
- **Escludere fino a 3 persone** presenti nello Stato di famiglia del Capofamiglia, indicandoli nominalmente nella Posizione assicurativa.

La Scelta Nucleo Familiare non è stipulabile per la Sezione "Zero Pensieri in Mobilità".

Art. 1.18 - Modifiche dell'Assicurazione

Le modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.19 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata)** se l'Assicurato o il Contraente ne sono in possesso, salvo quanto previsto all'Art. 1.3 *Proroga dell'Assicurazione, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio e/o di Franchigie, Scoperti e limiti di indennizzo alla scadenza*. **Le comunicazioni dell'Assicurato o del Contraente devono essere inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società**, ad eccezione di quanto previsto all'Art. 1.10 *Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente - A.3 Comunicazioni contrattuali*.

Art. 1.20 - Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.21 - Lingua

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Art. 1.22 - Modalità di ricezione e trasmissione della documentazione

il Contraente, prima della stipula della Polizza, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'Art. 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- a) su supporto cartaceo;
- b) su supporto durevole non cartaceo;
- c) tramite un sito Internet solo se il Contraente ha regolarmente accesso ad Internet, ossia se fornisce un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile ai fini della distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente può richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Art. 1.23 - Altre informazioni in caso di Vendita a distanza

Potendo essere venduta anche a distanza, le diverse fasi e modalità da seguire per la stipula della Polizza tramite internet o APP sono indicate nel sito internet/APP della Società.

In caso di utilizzo di call center il Contraente ha diritto di essere messo in contatto con l'incaricato del coordinamento e del controllo.

Art. 1.24 - Foro competente

Per le controversie il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.25 - Imposte e tasse

Le imposte e tutti gli altri oneri, stabiliti per legge, relativi all'Assicurazione, presenti e futuri, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.26 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura⁵

Art. 2.1 - Garanzia base⁶

Durante il periodo di validità dell'Assicurazione, la Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato.

L'Indennizzo viene riconosciuto solo per gli Infortuni conseguenti alla circolazione e nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate⁷ indicate nella Posizione assicurativa di Polizza.

Il Contraente può acquistare una o entrambe le seguenti garanzie, che pertanto operano solo se indicate nella Posizione assicurativa di Polizza.

Art. 2.1.1 - Invalidità Permanente per Infortunio da circolazione

La garanzia opera per l'Infortunio da circolazione che ha come conseguenza una Invalidità Permanente dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa.

L'Invalidità Permanente è determinata come previsto nell'Art. 7.2.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione o nell'Art. 7.2.2 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia opera anche se l'Invalidità Permanente si verifica dopo la scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

La liquidazione dell'Indennizzo è effettuata con l'applicazione di una Franchigia del 3%, salvo diversa scelta indicata nella Posizione assicurativa di Polizza derivante dall'eventuale Condizione specifica acquistata, con le seguenti modalità:

DUBBI

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

Non è detto, la copertura assicurativa opera in base alla Scelta effettuata dal Contraente il quale può personalizzare la Posizione assicurativa di Polizza identificando la persona (Scelta Persona) oppure l'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza in qualità di Capofamiglia, più i suoi Familiari (Scelta Nucleo familiare).

ATTENZIONE

6 La garanzia base copre le spese sanitarie che è necessario sostenere a seguito dell'Infortunio subito?

No, per ottenere il Rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di un Infortunio è necessario acquistare, oltre alla garanzia Base, la Garanzia Supplementare Rimborso Spese mediche.

DUBBI

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

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

- In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% non è previsto alcun Indennizzo.
- In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 3%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, come previsto nell' Art. 7.3 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.1.2 - Decesso per Infortunio da circolazione

La garanzia opera per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza.

La garanzia opera anche nel caso di morte successiva alla scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione.

La designazione può avvenire:

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

In entrambi i casi essa è revocabile o modificabile per iscritto con lettera raccomandata e/o PEC (posta elettronica certificata), precisando i Beneficiari per i quali viene effettuata la revoca o la modifica.

In caso di più Beneficiari designati, le somme liquidate per il decesso dell'Assicurato sono ripartite in parti uguali, salvo diversa indicazione del Contraente.

In caso di scelta Nucleo Familiare, non è consentita la designazione di Beneficiari.

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

Se la morte avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al 10% della Somma assicurata, con un massimo di € 10.000.

1) Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida l'Indennizzo previsto per Decesso da Infortunio, in caso di Stato Comatoso Irreversibile causato da Infortunio indennizzabile a termini di contratto.

La Società liquida l'indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che confermi il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo ininterrotto di 180 giorni come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente. La Società liquida l'Indennizzo, come previsto nell' Art. 7.9.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.2 - Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari⁸

Sono indennizzabili gli Infortuni subiti dall'Assicurato in conseguenza della circolazione in qualità di:

a) **conducente** di:

- autovetture;
- autoveicoli per trasporto promiscuo;
- autocarri di massa fino a 3500 kg.;
- camper (autocaravan);
- velocipedi;
- e-bike (biciclette elettriche);
- monopattini elettrici;
- hoverboard;
- segway;
- monowheel;
- carrozzine per disabili;
- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto.

b) **passaggero trasportato** da:

- autoveicoli;
- camper (autocaravan);
- velocipede dotato di idonea omologazione e attrezzatura per il trasporto delle persone a norma di legge;
- e-bike 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.

L'Indennizzo viene riconosciuto **nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa di Polizza** e secondo le modalità di cui all'Art. 1.17 *Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE.*

DUBBI

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

Eventi considerati come infortuni

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste sono considerati Infortuni anche i seguenti eventi:

- a) l'asfissia non dipendente da malattia;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, escluse la **malattia e le malattie tropicali**;
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture del tendine d'Achille **secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 7.6 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 da Sforzo, **escluso ogni altro tipo di ernia**. L'Invalidità Permanente da Infortunio è liquidata come previsto nell' **Art. 7.4 Ernie addominali traumatiche da Sforzo**;
- 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 della copertura a Rischi particolari

Sono indennizzabili anche gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

1. Rischio guerra, insurrezioni all'estero

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

2. Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

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

3. Rischio eventi naturali catastrofici

Le garanzie Invalidità Permanente da Infortunio e Decesso da Infortunio, se acquistate, operano anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato a causa di: Terremoti (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile), eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto è determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.

Per la garanzia Invalidità Permanente, se acquistata, l'Indennizzo è determinato sulla base dei criteri previsti dall' Art. 7.5 Eventi naturali catastrofici delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.3 - Delimitazioni

I Massimali e le Somme assicurate indicati nelle Condizioni di Assicurazione e nella Posizione assicurativa rappresentano il limite massimo di Indennizzo per Sinistro.

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

Cosa NON assicura

Art. 2.4 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di: 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;
- d) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non ha la necessaria abilitazione. L'Assicurazione è tuttavia operante nel caso di:
 - abilitazione scaduta ma rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite in seguito al Sinistro,
 - Infortuni subiti dai minori assicurati alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale;
- 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, ad eccezione degli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- h) ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli;
- i) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (ad eccezione del caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- j) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, ad eccezione di quanto previsto salvo quanto previsto dall'Art. 2.2 *Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari - Estensioni della copertura a Rischi particolari punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero*;
- k) 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);
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche, non rese necessarie da Infortunio indennizzabile;
- m) azioni o comportamenti dell'Assicurato causati da:
 - infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza morbo di Parkinson;
 - alcolismo cronico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- n) infarto e ictus determinati da qualsiasi causa;

Come personalizzare⁹

Art. 2.5 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può acquistare una o più Garanzie Supplementari tra quelle di seguito proposte. La garanzia sarà operante se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza e se sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.5.1- Rimborso spese mediche

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

- a) accertamenti diagnostici;
- b) onorari per visite con medici generici e/o specialisti e, nel caso di Intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (sono esclusi gli apparecchi protesici sostitutivi di quelli già presenti e danneggiatisi in seguito all'Infortunio);
- c) medicinali, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi eseguiti da medici/paramedici che esercitano professione sanitaria secondo la normativa vigente, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico dovuto dall'Infortunio;
- e) rette di degenza;
- f) acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per facilitare il processo di guarigione;
- g) protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e purché la protesi sia applicata non oltre due anni dalla data del Sinistro. Sono escluse le protesi dentarie sostitutive di quelle già presenti e danneggiatesi in seguito all'Infortunio. Resta inoltre sempre escluso il Rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie non necessarie a seguito dell'Infortunio;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari, compreso l'elisoccorso, specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura e/o ambulatorio entro il 50% della Somma assicurata.



DUBBI

9 È possibile personalizzare la copertura assicurativa?

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

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

La Società rimborsa le spese di cura con le seguenti modalità:

1) Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute ^{10 11}

Se l'Assicurato ricorre ad una Struttura Sanitaria Convenzionata, ha diritto al Rimborso delle spese sostenute. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza aumentata di € 1.000. In questo caso non viene applicato alcuno Scoperto.

2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

3) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Nel corso dell'Annualità Assicurativa, la Somma assicurata indicata in Polizza è unica per le prestazioni indicate ai punti 1), 2) e 3). L'Assicurato, quindi, può ottenere l'aumento di € 1.000 dell'Indennizzo, previsto ai punti 1) e 3), presso le Strutture convenzionate con UniSalute, solo dopo aver esaurito la Somma assicurata indicata in Polizza.

Art. 2.5.2 - Diaria da ricovero

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme - BASE o PLUS - a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Posizione assicurativa di Polizza:

a) Diaria da Ricovero BASE

La garanzia opera in caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day-Hospital, reso necessario da Infortunio. La copertura vale nei limiti dell'Indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa.

DUBBI

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

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

DUBBI

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

Se scegli di usufruire delle prestazioni in Strutture Convenzionate ottieni diversi vantaggi:

- non devi preoccuparti di prenotare un medico qualificato, in quanto la prenotazione viene effettuata da UniSalute;
- hai diritto al Rimborso nel limite massimo di indennizzo per Annualità Assicurativa pari alla somma assicurata indicata in Polizza aumentata di 1.000 €;
- al Sinistro non vengono applicati Scoperti eventualmente previsti.

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

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

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

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

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

b) Diaria da Ricovero PLUS

Oltre a quanto previsto alla lettera a) la Società liquida una Diaria da Convalescenza, per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o del Day-Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi. La Garanzia opera per un periodo massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio, senza obbligo di certificato medico.

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

Per entrambe le forme indicate ai precedenti punti a) e b) i giorni indennizzabili vengono calcolati senza l'applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 2.5.3 - Diaria da Immobilizzazione

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

Nei casi di applicazione di mezzi di contenzione/tutori amovibili e preconfezionati la prestazione è riconosciuta solo per il periodo indicato sul certificato medico, durante il quale tali presidi svolgono una funzione immobilizzante. L'indennità verrà comunque prestata per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 2.6 - Condizioni Specifiche (a pagamento)

Il Contraente può acquistare una o più Condizioni Specifiche tra quelle di seguito proposte. La Condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza e se sia stato pagato il relativo Premio.

Modifica tabella di valutazione e Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 2.6.1 - Tabella di valutazione INAIL

A parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 7.2.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione, l'Invalidità Permanente viene stabilita secondo le percentuali indicate nell'Art. 7.2.2 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.6.2 - Invalidità Permanente con Franchigia 0%

L'Indennizzo per Invalidità Permanente viene liquidato senza applicazione di alcuna Franchigia, ed in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente riportata all'Art. 7.3 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.7 - Condizione Specifica (con sconto)

Il Contraente può acquistare la Condizione Specifica di seguito proposta.
La condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza.

Art. 2.8. - Invalidità Permanente con Franchigia 5%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% non è previsto alcun Indennizzo.
Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 5%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo quanto previsto all'Art. 7.3 *Criteria di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Come assicura

Art. 2.9 - Ripartizione delle Somme Assicurate in base alla scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

La Società, secondo quanto previsto dall'Art. 1.17 *Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE*, presta le garanzie di questa Sezione nei limiti delle Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa secondo le seguenti regole:

PERSONA

Nel caso di scelta PERSONA, le garanzie operano a favore dell'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa e nei limiti delle Somme assicurate.

NUCLEO FAMILIARE

Nel caso di scelta NUCLEO FAMILIARE, le garanzie operano a favore del Capofamiglia dei suoi Familiari, nonché delle persone eventualmente indicate nella Posizione assicurativa con le seguenti modalità:

- 1) le Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa sono prestate globalmente e per Annualità Assicurativa, a favore di tutte le persone assicurate;
- 2) per ogni persona assicurata, le Somme sono prestate fino ad un massimo del 50% di quelle indicate nella Posizione assicurativa ed alle quali vengono applicati i criteri di Indennizzo previsti per ciascuna garanzia;
- 3) se in corso di contratto, il Nucleo familiare si riduce ad una sola persona, anche per effetto dell'Art. 1.5 *Cessazione dell'Assicurazione per limite d'Età*, nei confronti di quest'ultima gli eventuali indennizzi vengono calcolati secondo le somme indicate nella Posizione assicurativa per l'intero Nucleo familiare;
- 4) in caso di evento in cui vengono coinvolte più persone assicurate, le Somme indicate nella Posizione assicurativa vengono equamente suddivise secondo il numero degli Assicurati coinvolti nell'evento, in base a quanto stabilito dai criteri di Indennizzo operanti per ciascuna garanzia.

Art. 2.10 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 2.11 - Validità Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.2 *Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari*

SINTESI DEI LIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia Base

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
Invalidità Permanente per Infortunio da circolazione	Invalidità Permanente per Infortunio da circolazione	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 7.3.1	Franchigia: 3% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente maggiore o uguale a 20%.
	Rischio eventi naturali catastrofici	Entro il 50% della Somma assicurata	Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente >=50%
Decesso per Infortunio da circolazione	Rimpatrio salma (se la morte avviene all'estero)	10% Somma assicurata per la garanzia Decesso con il massimo rimborso di € 10.000	Non previsti
	Stato Comatoso irreversibile	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa per la garanzia Decesso per Infortunio da circolazione	Non previsti
	Rischio eventi naturali catastrofici	Entro il 50% della Somma assicurata	Non previsti

Garanzie Supplementari

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
Rimborso spese mediche	Rimborso spese mediche	In caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale: aumento della Somma assicurata di € 1.000, per Annualità Assicurativa; Trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il 50% della Somma assicurata.	In caso di Strutture Sanitarie non Convenzionate con UniSalute: Scoperto 10% con il minimo di € 50 e il massimo di € 250 per ogni Infortunio

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
Diaria da ricovero	Diaria da Ricovero BASE	<ul style="list-style-type: none"> In caso di Ricovero Day-Hospital: 50% della Somma assicurata; In caso di Ricovero all'estero: aumento della Somma assicurata del 50% Massimo 365 giorni per evento.	Non previsti
	Diaria da Ricovero PLUS	Oltre a quanto previsto nella Diaria da ricovero BASE: Diaria da Convalescenza per importo giornaliero e durata pari a quella del Ricovero o Day-Hospital; Massimo 90 giorni per evento.	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi
Diaria da immobilizzazione	Immobilizzazione	Massimo 60 giorni per evento.	Non previsti

Condizioni Specifiche

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
Invalidità Permanente con Franchigia 0%	Invalidità Permanente con Franchigia 0%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 7.3.1 (Franchigia 0%)	Nessuna Franchigia
Invalidità Permanente con Franchigia 5%	Invalidità Permanente con Franchigia 5%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 7.3.1 (Franchigia 5%)	Franchigia 5%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.

Cosa assicura¹²**Art. 3.1 - RC Mobilità**

La Società tiene indenni gli Assicurati delle somme (capitali, interessi, spese) che questi devono risarcire, se civilmente responsabile in base a quanto previsto dalla legge, per i danni involontariamente causati a terzi per:

- morte
- lesioni personali, da intendersi quali lesioni all'integrità fisica e psichica suscettibili di valutazione medico-legale
- danneggiamenti a Cose

in conseguenza di un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi legati alla proprietà, possesso, uso e custodia di:

- velocipedi;
- e-bike (biciclette elettriche);
- monopattini elettrici;
- hoverboard;
- segway;
- monowheel;

e a condizione che gli stessi:

- non siano soggetti all'assicurazione obbligatoria, secondo le disposizioni di legge in vigore al momento del Sinistro;
- vengano utilizzati nel rispetto delle norme in vigore.

Il Risarcimento viene riconosciuto entro il Massimale indicato nella Posizione assicurativa di Polizza.

L'Assicurazione opera anche in caso di fatti colposi o dolosi di persone delle quali l'Assicurato deve rispondere a norma di legge.

Cosa NON assicura**Art. 3.2 - Persone non considerate "terzi"**

Non sono considerati terzi:

- in caso di scelta PERSONA l'Assicurato e i suoi Familiari alla data del Sinistro;
- in caso di scelta NUCLEO FAMILIARE il Capofamiglia, i suoi Familiari e le persone nominativamente indicate nella Posizione assicurativa.

**ATTENZIONE**

12 Acquistando la copertura RC Mobilità sono assicurato per i danni che posso causare ad altri nell'utilizzo di qualsiasi veicolo?

No, la copertura RC Mobilità opera solo in caso di proprietà, possesso, uso e custodia di velocipedi, e-bike (biciclette elettriche), monopattini elettrici, hoverboard, segway e monowheel purchè non soggetti ad assicurazione obbligatoria ed utilizzati nel rispetto delle norme in vigore.

Art. 3.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non comprende i danni:

- a) causati da atti dolosi dell'Assicurato, salvo se compiuti da persone delle quali debba rispondere per legge;
- b) da Furto o Rapina;
- c) conseguenti all'esercizio di attività commerciali, artigianali, industriali, professionali e comunque retribuite;
- d) derivanti dalla partecipazione a gare, competizioni e relativi allenamenti di tutti gli sport svolti a livello professionistico o con forme di remunerazione di natura ricorrente in denaro, salvo i rimborsi delle spese sostenute;
- e) derivanti da inquinamento.

Come assicura

Art. 3.4 - Massimale per Sinistro

L'Assicurazione è prestata entro il Massimale stabilito per la responsabilità civile indicato nella Posizione assicurativa, restando inteso che il Massimale per Sinistro rappresenta il limite globale di esposizione della Società per ciascun Sinistro.

Il Massimale stabilito in Posizione assicurativa è, per ogni effetto, unico anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati tra loro.

Art. 3.5 - Validità territoriale

La garanzia opera in tutto il mondo.

Nel momento in cui l'Assicurato trasferisce la propria residenza/domicilio all'estero, la stessa opera esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano. Relativamente agli USA, Canada e Messico, restano esclusi i risarcimenti a carattere punitivo e/o sanzionatorio.

SINTESI DEI LIMIT D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
RC Mobilità	Responsabilità Civile Mobilità	Non previsti	Non previsti

Cosa assicura ^{13 14}**Art. 4.1 - Tutela legale Mobilità**

La Società indennizza le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, necessarie per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale. La copertura vale per le Prestazioni garantite sotto riportate nei limiti del Massimale indicato nella Posizione Assicurativa come previsto dall'Art.4.7 Limiti di copertura.

Le prestazioni garantite sotto riportate operano nei casi previsti di seguito, dovuti ad eventi avvenuti successivamente alla data di effetto della Polizza.

Le spese coperte sono:

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

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

**ATTENZIONE****13 Posso assicurare esclusivamente le garanzie previste nella Sezione TUTELA LEGALE MOBILITÀ?**

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

**RECAPITI****14 Cosa devo fare per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia TUTELA LEGALE MOBILITÀ?**

È necessario presentare denuncia scritta ad uno dei seguenti riferimenti:

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

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

Prestazioni garantite ¹⁵

La garanzia tutela i diritti dell'Assicurato nei seguenti casi:

- a) **Danni subiti**: richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti dall'assicurato per fatti illeciti di terzi. E' compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale;
- b) **Difesa penale colposa**, per la difesa in procedimenti penali per Delitti colposi e/o contravvenzioni;
- c) **Vertenze contrattuali** relative al mezzo di trasporto con valore in lite superiore a € 200;
- d) **Vertenze contrattuali** relative al contratto di **nolegg**io a breve termine del mezzo di **trasporto** con valore in lite superiore a € 100;
Sono in ogni caso escluse le vertenze con società appartenenti a Unipol Gruppo.
- e) **Ricorso** contro le **sanzioni amministrative pecuniarie** se pari o superiori a € 150, previo accoglimento del ricorso, comminate alla guida del mezzo di **trasporto**;
- f) **Richiesta di risarcimento danni** di natura **contrattuale** ed **extracontrattuale** per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'Assicurato in conseguenza di **malpractice medica** conseguenti o legati ad Infortunio in conseguenza di un Sinistro verificatosi alla guida del mezzo di **trasporto** e quale conducente autorizzato di mezzi di **trasporto** di tale tipologia di proprietà di terzi.

Art. 4.2 - Ambito di operatività

Le garanzie operano per i casi relativi ad un fatto verificatosi nell'ambito dei Rischi legati alla proprietà, possesso, uso e custodia di:

- velocipedi;
- e-bike (biciclette elettriche);
- monopattini elettrici;
- hoverboard;
- segway;
- monowheel

e a condizione che gli stessi:

- non siano soggetti all'assicurazione obbligatoria, secondo le vigenti disposizioni di legge;
- vengano utilizzati nel rispetto delle norme in vigore.

Cosa NON assicura

Art. 4.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a) diritto di famiglia, successioni e donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;

DUBBI

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

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

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

- d) fatti dolosi degli Assicurati;
- e) controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, Aeromobili, imbarcazioni da diporto, navi da diporto e natanti da diporto (come previsto dall'Art. 3 del D. Lgs. 171/2005);
- f) controversia che abbia per oggetto danni derivati dalla partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, dalla pratica del ciclismo a livello professionistico, dalla pratica di sport estremi con l'uso del mezzo di trasporto (per esempio Freeride, Slopestyle Downhill);
- g) adesione ad azioni di classe (class action);
- h) contratti finanziari, bancari e a polizze RCA;
- i) Vertenze contrattuali con la Società.

Art. 4.4 Spese non coperte dall'Assicurazione

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

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

La Società, inoltre, non copre:

- nel ricorso avverso le sanzioni amministrative le spese sostenute se non vi è l'accoglimento del ricorso;
- le spese sostenute per le Vertenze contrattuali con società appartenenti a Unipol Gruppo.

Come assicura

Art. 4.5 - Decorrenza della garanzia

La garanzia opera per i Sinistri insorti:

- a) durante il periodo di effetto della Polizza, in caso di danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato e in caso di violazione o presunta violazione di legge penale o amministrativa;
- b) trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza (Carenza), in tutte le restanti ipotesi.

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

- senza la Carenza, se il precedente contratto ha una durata pari o superiore alla Carenza stessa;
- per i Sinistri che il precedente assicuratore ha rifiutato perché denunciati dopo il termine massimo dalla cessazione del contratto, senza contestare il pagamento o l'adeguamento del premio.

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

Art. 4.6 - Insorgenza del Sinistro

L'insorgenza del Sinistro è la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della Vertenza, come:

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

In caso di più eventi dannosi dello stesso tipo, il Sinistro insorge alla data del primo evento dannoso. La garanzia opera per i Sinistri insorti durante il periodo di validità dell'Assicurazione e denunciati alla Società o ad ARAG entro 2 anni dal termine dell'Assicurazione, secondo quanto previsto all'Art. 7.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato e all'Art. 7.18 Libera scelta del legale della Sezione Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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

Art. 4.7 Limiti di copertura

La garanzia opera con i seguenti limiti:

- a) le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio;
- b) se operante la scelta NUCLEO FAMILIARE in caso di Vertenze fra assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Capofamiglia;
- c) nelle Vertenze contrattuali relative al mezzo di trasporto, sono coperte le spese sostenute se il valore in lite è superiore a € 200;
- d) nelle Vertenze contrattuali relative al contratto di noleggio a breve termine del mezzo di trasporto, sono coperte le spese sostenute se il valore in lite è superiore a € 100;
- e) nell'opposizione alle sanzioni amministrative sono coperte le spese sostenute se il valore in lite è pari o superiore a € 150;
- f) se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, le garanzie previste in Polizza operano a secondo rischio.

Art. 4.8 - Massimale

La garanzia opera fino ad un massimo di:

- € 20.000 per Annualità Assicurativa, con il limite di € 5.000 per Sinistro;
- € 40.000 per Annualità Assicurativa, con il limite di € 10.000 per Sinistro

a seconda dalla scelta effettuata dal Contraente ed indicata nella Posizione assicurativa e indipendentemente da quella effettuata in base all'Art. 1.15 *Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE*.

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

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

Art. 4.9 - Validità territoriale

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

- nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie previste all'Art. 4.1 *Prestazioni garantite*, punti a), b), c), d), f). Solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo di Rimborso di € 5.000;
- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le garanzie previste all'Art. 4.1 *Prestazioni garantite*, punto e).

SINTESI DEI LIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Prodotto	Descrizione	Limiti/Sottolimiti/Valore in lite	Franchigie/Scoperti
Tutela legale Mobilità	Tutela legale Mobilità	<p>Massimali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • € 20.000 per Annualità Assicurativa con il limite di € 5.000 per Sinistro; • € 40.000 per Annualità Assicurativa con il limite di € 10.000 per Sinistro. <p>Spese di operazioni di esecuzione forzata: massimo 2 tentativi per Sinistro.</p> <p>Per sinistri insorti e trattati in Paesi diversi da Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera, Liechtenstein per le garanzie previste all'Art. 4.1 Prestazioni garantite, punti a), b), c), d), f) è previsto un massimo esborso di € 5.000.</p>	Non previsti
	Vertenze contrattuali relative al mezzo di trasporto	Valore in lite superiore a €200	Non previsti
	Vertenze contrattuali relative al contratto di noleggio a breve termine del mezzo di trasporto	Valore in lite superiore a €100	Non previsti
	Ricorso contro le sanzioni amministrative pecuniarie	Sanzione minima pari o superiore a €150	Non previsti

Cosa assicura ¹⁶**Art. 5.1 - Zero Pensieri**

Durante il periodo di validità dell'Assicurazione, la Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dei seguenti rischi a condizione che la garanzia "Zero Pensieri" sia richiamata nella Posizione assicurativa.

L'Indennizzo viene riconosciuto **nei limiti delle garanzie e dei seguenti Massimali.**

a) PERDITA PECUNIARIA VEICOLO SOSTITUTIVO

In caso di indisponibilità documentata dei veicoli di proprietà dell'Assicurato, la Società indennizza i costi relativi all'utilizzo del servizio di sharing o noleggio a breve termine di un altro veicolo di qualsiasi natura. **La garanzia opera entro il Massimale di € 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa,** purché sia dimostrato che il veicolo sia stato noleggiato dall'Assicurato stesso.

Se i veicoli di proprietà dell'Assicurato sono coperti da una garanzia di Assistenza stradale, la presente garanzia opera, nei limiti previsti e per i costi eccedenti, rispetto quanto riconosciuto dalla specifica garanzia di Assistenza stradale stessa.

b) PERDITA PECUNIARIA RCA

In caso di autovettura noleggiata dall'Assicurato tramite servizio di sharing o noleggio a breve termine, la Società indennizza l'eventuale Franchigia a carico dell'Assicurato stesso dovuta all'attivazione/operatività dell'assicurazione RCA del veicolo e a condizione che il sinistro è stato liquidato e chiuso. **La garanzia opera entro il Massimale di € 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa,** purché dimostrata la presenza alla guida dell'Assicurato al momento dell'incidente.

c) PERDITA PECUNIARIA CVT

In caso di autovettura noleggiata dall'Assicurato tramite servizio di sharing o noleggio a breve termine, la Società indennizza l'eventuale Franchigia, Scoperto o Minimo non indennizzabile a carico dell'Assicurato stesso dovuta all'attivazione/operatività dell'assicurazione CVT del veicolo e a condizione che il sinistro è stato liquidato e chiuso. **La garanzia opera entro il Massimale di € 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa,** purché dimostrato che:

- al momento del danno materiale e diretto il veicolo è noleggiato dall'Assicurato;
- con riferimento alle garanzie operanti durante la guida dello stesso (es. Collisione, Kasko) l'Assicurato ne è conducente.

**DUBBI**

16 Acquistando la Sezione ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ sono assicurato per i danni che posso causare ad altri utilizzando mezzi presi a noleggio o in sharing?

No, le garanzie previste nella Sezione ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ ti coprono per le perdite pecuniarie che puoi subire dovendo rimborsare Franchigie/Scoperti collegati alle assicurazioni relative ai mezzi presi a noleggio o in sharing. Inoltre la Sezione prevede anche il rimborso dei costi relativi all'utilizzo del servizio di sharing o noleggio a breve termine di un altro veicolo di qualsiasi natura in caso di indisponibilità dei veicoli di tua proprietà.

Cosa NON assicura

Art. 5.2 - Esclusioni

Limitatamente ai precedenti punti b) e c) dell'Art. 5.1 *Zero Pensieri*, l'Assicurazione non opera per gli eventi esclusi o comunque non coperti dall'assicurazione del veicolo.

Come assicura

Art. 5.3 - Massimale

La Società indennizza le spese sostenute dall'Assicurato fino alla concorrenza dei massimali indicati per specifico evento all'Art. 5.1 *Zero Pensieri*.

Art. 5.4 - Validità Territoriale

L'Assicurazione è valida per i soli eventi avvenuti in Italia, nel territorio della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano.

SINTESI DEI LIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Zero pensieri	Perdita pecuniaria veicolo sostitutivo	€ 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Perdita pecuniaria RCA	€ 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Perdita pecuniaria CVT	€ 250 per Sinistro e per Annualità Assicurativa	Non previsti

Cosa assicura

Art. 6.1 - Assistenza Mobilità¹⁷

La Società fornisce all'Assicurato Assistenza in caso di difficoltà per il verificarsi di uno dei seguenti eventi, secondo i limiti e le regole indicate.

La Società si avvale di UniSalute per la fornitura delle prestazioni.

Prestazioni fornite in Italia e all'estero

Pareri medici e informazioni

1) Informazioni sanitarie telefoniche

La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di informazione sanitaria per:

- strutture sanitarie pubbliche e private (posizione, specializzazioni);
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni);
- preparazione per esami diagnostici;
- profilassi da seguire in caso di viaggi all'estero.

2) Pareri medici immediati

Se, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornisce tramite i propri medici informazioni e consigli richiesti.

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

Prima Assistenza nelle urgenze sanitarie

3) Invio di un medico

Se l'Assicurato a causa di Infortunio necessita di un medico nei giorni festivi o dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia a spese della Società uno dei medici convenzionati. Se i medici convenzionati non possono intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

4) Rientro sanitario con autoambulanza

Se l'Assicurato, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa, sentito il proprio medico, la invia. È a carico della Società la spesa relativa nel limite di Km 300 e € 300 per Sinistro e per Assicurato.



RECAPITI

17 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA MOBILITÀ?

Per le prestazioni di Assistenza Mobilità bisogna rivolgersi preventivamente alla Struttura Organizzativa di UniSalute OPERATIVA 24 ORE SU 24 E 7 GIORNI SU 7 e richiedere l'aiuto necessario:

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

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI".

5) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

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

e conseguente Immobilizzazione certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche prescritte dal medico curante all'atto delle dimissioni, la Struttura Organizzativa invia un infermiere convenzionato nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso. È a carico della Società il compenso **fino a massimo 1 ora al giorno per 7 giorni, per ricovero**. Per attivare la garanzia, l'Assicurato deve richiedere alla Struttura Organizzativa la prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

6) 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 al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche prescritte dal medico curante all'atto delle dimissioni, la Struttura Organizzativa invia un fisioterapista convenzionato, nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso. È a carico della Società il compenso **fino ad un massimo 1 ora al giorno per 7 giorni, per ricovero**.

Per attivare la garanzia, l'Assicurato deve richiedere alla Struttura Organizzativa la prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

Prestazioni fornite all'estero e di Assistenza in viaggio

7) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

La Struttura Organizzativa organizza il trasporto sanitario dell'Assicurato se a seguito di primo Ricovero per Infortunio o Malattia e secondo il parere della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessita:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero.

Il trasporto, secondo la gravità del caso, può essere effettuato con:

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

In caso di Malattia manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera **se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Assicurato**.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- **in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;**
- **nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.**

8) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di Ricovero ospedaliero all'estero di durata superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa fornisce un biglietto ferroviario (prima classe) o un biglietto aereo (classe turistica) per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. È a carico della Società il relativo costo. **La garanzia opera se non presente sul posto un altro familiare maggiorenne.**

9) Rientro a seguito di Ricovero ospedaliero

Se l'Assicurato a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero necessita di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizza il rientro dell'Assicurato e di un eventuale parente residente in Italia, fornendo loro un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe), se non è necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico. È a carico della Società il costo del biglietto.

10) Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, con spese a carico della Società. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.** Se le norme locali impongono una sepoltura provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizza il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella, convivente) **purchè una di queste persone non si trovi già sul posto.** La Struttura Organizzativa fornisce i biglietti aerei (classe turistica), o ferroviario (prima classe), e/o altri mezzi idonei per recarsi dalla sua abitazione in Italia fino al luogo in cui avviene la sepoltura e per il ritorno. La Struttura Organizzativa organizza anche il soggiorno in albergo del familiare. Sono a carico della Società le spese d'albergo **fino a € 2.000 per evento e per Annualità Assicurativa.**

Cosa NON assicura

Art. 6.2 - Esclusioni

Relativamente all'Art. 6.1 Assistenza Mobilità, l'Assicurazione non opera per:

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

Come assicura

Art. 6.3 - Ripartizione delle Somme Assicurate in base alla scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

Indipendentemente dalla scelta effettuata all'Art. 1.17 Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE, le Somme Assicurate indicate nelle singole prestazioni si intendono prestate al 100%.

Art. 6.4 - Validità territoriale

L'Assicurazione ha validità territoriale, a seconda delle Prestazioni fornite, come indicato all'Art. 6.1 Assistenza Mobilità.

SINTESI DEI LIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/ Scoperti
Assistenza Mobilità	Rientro sanitario con autoambulanza	Entro Km 300 e € 300 per Sinistro e per Assicurato	Non previsti
	Invio di un infermiere a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero	Non previsti
	Invio di un fisioterapista a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero	Non previsti
	Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione	Non previsti	Se Ricovero ospedaliero supera i 10 giorni
	Trasporto salma	Massimo € 2.000 per evento e per Annualità Assicurativa	Non previsti

Art. 7.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne comunicazione scritta alla Società o Agenzia/Punto vendita a cui è assegnato Contratto, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa dell'Infortunio, deve:

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

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

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

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

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

- **Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente a favore degli eredi:** in caso di morte dell'Assicurato prima dell'accertamento medico-legale stabilito dalla Società -per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato gli eredi devono presentare domanda di Indennizzo completa della documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti se non ancora inviata (inclusa la cartella clinica in caso di Ricovero);
- **Diaria da ricovero:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- **Diaria da immobilizzazione:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Relativamente alla garanzia **Rimborso spese mediche** per l'utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute, specificando la prestazione richiesta, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi:

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



DUBBI

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

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

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

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI".

La Centrale Operativa si attiva con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunica all'Assicurato i dettagli dell'appuntamento.

Se per motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non è possibile ricorrere prima alla Centrale Operativa, le spese sono rimborsate dalla Società secondo quanto previsto all'Art. 7.12.1 *Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute* delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Se l'Assicurato utilizza una Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute senza avere prima contattato la Centrale Operativa e non potendo così usufruire delle tariffe agevolate, le spese sostenute vengono rimborsate dalla Società secondo quanto previsto all'Art. 7.12.2 *Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati* delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Relativamente alla **Sezione Danni a Terzi** il Contraente o l'Assicurato deve inoltre:

- comunicare tempestivamente le notizie, richieste od azioni avanzate, relativamente al Sinistro, dall'infortunato, dal danneggiato o dagli aventi diritto, adoperandosi per l'acquisizione di ogni elemento utile.

Relativamente alla **Sezione Tutela legale Mobilità** il Contraente o l'Assicurato deve:

- denunciare tempestivamente per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Società o ad ARAG il Sinistro nel momento in cui si verifica e/o ne è venuto a conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio;
- trasmettere alla Direzione della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato. In mancanza la Società o ARAG non possono essere considerate responsabili di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Relativamente alla **Sezione Zero Pensieri in Mobilità**, il Contraente o l'Assicurato deve: darne avviso scritto all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza. Le denunce di Sinistro sono considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione prevista all'Art. 7.23 *Documenti da presentare alla Società*.

Relativamente alla **Sezione Assistenza Mobilità**, per le prestazioni previste all'Art. 6.1 *Assistenza Mobilità*, l'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24:

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

L'Assicurato deve specificare:

- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l'Assistenza;
- dati relativi al luogo dell'eventuale intervento;
- numero di Polizza;
- nome e cognome del Contraente;
- la prestazione richiesta

La Società o la Struttura Organizzativa possono richiedere, per la liquidazione, ulteriore documentazione oltre a quella contrattualmente prevista.

L'Assicurato deve fornire ogni documentazione attestante il diritto alle prestazioni.

Il mancato rispetto dell'obbligo di avviso può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile.

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI DA CIRCOLAZIONE

Art. 7.2.1 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione¹⁹

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

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

Tabella di Valutazione dell'Invalidità Permanente

Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente in caso di totale perdita anatomica o funzionale
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange ungueale del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
anchilosidellascapolaomeraleconartoinposizionefavorevole, conimmobilitàdella scapola	25%
anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e i 70°, conprono-supinazione libera	20%



DUBBI

19 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, viene riconosciuto un Indennizzo, ma l'Invalidità Permanente è calcolata in misura proporzionale alla perdita. Ad esempio, se si è verificato il dimezzamento della funzionalità di un braccio, il grado di Invalidità Permanente riconosciuto è dimezzato.

Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente in caso di totale perdita anatomica o funzionale
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
al di sopra della metà della coscia	70%
al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
un piede	40%
ambedue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
la falange ungueale dell'alluce	2,5%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
esiti di rottura del menisco laterale, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore	9%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragalica	15%
paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
12° dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
esiti di frattura del sacro	3%
esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%

Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente in caso di totale perdita anatomica o funzionale
Sordità completa di:	
un orecchio	10%
ambidue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
monolaterale	4%
bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
un rene	15%
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
Perdita della voce	30%

Art. 7.2.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione con Tabella INAIL

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

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedasi successiva tabella)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo	(non si corrisponde indennità)	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%	
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione 110°-75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita per ogni dito perduto	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibia-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

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

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

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

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

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

In caso di afachia monolaterale:

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

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

Art. 7.3 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene liquidato in base alla Tabella di Indennizzo sotto riportata, a seconda della scelta effettuata dal Contraente ed indicata nella Posizione assicurativa (Franchigia 3%, Franchigia 0%, Franchigia 5%).

Alla Somma assicurata per Invalidità Permanente si applica la percentuale da liquidare (Franchigia 3%, Franchigia 0%, Franchigia 5%) che corrisponde al grado di Invalidità Permanente accertato. Tale grado è accertato secondo i criteri indicati nell'Art. 7.2.1 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione* o nell'Art. 7.2.2 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione con Tabella INAIL* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 7.3.1 - Tabella di Indennizzo

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta pari o inferiore al 20%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

	Franchigia 3 %	Franchigia 5 %	Franchigia 0 %
Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata		
1	0	0	1
2	0	0	2
3	0	0	3
4	1	0	4
5	2	0	5
6	3	1	6
7	4	2	7
8	5	3	8
9	6	4	9
10	7	5	10
11	8	6	11
12	9	7	12
13	10	8	13
14	11	9	14
15	12	10	15
16	13	11	16
17	14	12	17
18	15	13	18
19	16	14	19
20	20	20	20

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 20%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
da 50 a 100	100

Art. 7.4 - 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. 7.13 Arbitrato irrituale.

Art. 7.5 - Eventi naturali catastrofici

La tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 7.3 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da circolazione deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

L'Indennizzo viene liquidato 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. 7.6 - Rotture del tendine d'Achille

In caso di rottura del tendine d'Achille la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 7.3 Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente per Infortunio da circolazione, deve intendersi non operante. La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo

forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000.

Art. 7.7 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

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

Sono conseguenze indirette e pertanto non indennizzabili:

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

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

Art. 7.8 - Liquidazione della garanzia Decesso per Infortunio da Circolazione

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

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

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

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

Art. 7.9.1 - Morte presunta

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

La liquidazione avviene trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Artt. 60 n.3 e 62 del Codice Civile).

In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, la liquidazione avviene trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se viene accertata da parte dell'Autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato e, quest'ultimo, sia dato per disperso a seguito del sinistro stesso (Artt. 211 e 838 Codice della Navigazione). Se dopo la liquidazione dell'Indennizzo risulta che l'Assicurato non è morto o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione della somma liquidata. Dopo la restituzione, l'Assicurato può chiedere la liquidazione dell'Invalidità Permanente eventualmente accertata.

Art. 7.9.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida la Somma assicurata per il caso di morte anche se lo Stato Comatoso diventa irreversibile.

Tale Stato Comatoso deve durare almeno per un periodo ininterrotto di 180 giorni. La Società liquida l'Indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che attesti il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo sopra indicato come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

Una volta liquidato l'Indennizzo ai Beneficiari designati o in loro mancanza agli eredi in parti uguali fra loro, l'Assicurazione termina in ogni caso nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro, salvo quanto previsto successivamente.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo come previsto dal presente articolo:

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

Art. 7.10 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Diaria da Ricovero e Diaria da Immobilizzazione

Per l'Indennizzo delle prestazioni relative agli Artt. 2.5.2 Diaria da Ricovero e 2.5.3 Diaria da Immobilizzazione valgono le norme in essi contenute.

Art. 7.11 - Anticipo Indennizzo

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

a) Per Invalidità Permanente

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

L'anticipo viene versato se:

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

b) Per la Diaria da Ricovero (Base o Plus)

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero di almeno 60 giorni consecutivi, come da certificato medico, l'Assicurato può richiedere un anticipo dell'indennizzo dovuto pari a 30 giorni

Per i punti a) e b):

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

Art. 7.12 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche

Art. 7.12.1 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

Al momento della prestazione l'Assicurato deve presentare alla struttura convenzionata:

- un documento d'identità;
- la prescrizione medica contenente il tipo di Infortunio e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Assicurato paga le prestazioni effettuate a tariffe agevolate direttamente al centro sanitario ed invia i relativi documenti di spesa alla Società per il rimborso. Il rimborso, in caso di evento indennizzabile, viene effettuato secondo quanto previsto dall'Art. 2.5.1 Rimborso spese mediche, punto 1) Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute.

Se la prestazione viene effettuata in una struttura convenzionata durante il Ricovero o extra-ricovero da parte di medici non convenzionati, le relative spese sono liquidate con le modalità previste all'Art. 7.12.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati e all'Art. 2.5.1 Rimborso spese mediche, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Art. 7.12.2 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

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

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

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

Il rimborso da parte della Società viene effettuato con le modalità previste all'Art. 2.5.1 Rimborso spese mediche, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Art. 7.12.3 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i Ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate agli Artt. 7.12.1 Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute o 7.12.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati.

Art. 7.13 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino all'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. Queste rinunciano preventivamente ad impugnare la decisione, eccetto che per il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

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

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

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

Art. 7.14 - Liquidazione dell'Indennizzo

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

- *Art. 7.2.1 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione*
- *Art. 7.2.2 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente per Infortunio da Circolazione con Tabella INAIL*
- *Art. 7.3.1 - Tabella di Indennizzo*
- *Art. 7.4 - Ernie addominali traumatiche da Sforzo*
- *Art. 7.6 - Rotture del tendine d'Achille*
- *Art. 7.10 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Diaria da Ricovero e Diaria da Immobilizzazione*
- *Art. 7.12 - Criteri di Liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche*

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

La Società non liquida l'Indennizzo se:

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

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

- *Art. 7.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato;*
- *Art. 7.8 - Liquidazione della garanzia Decesso per Infortunio da Circolazione*
- *Art. 7.9.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile*
- *Art. 7.12.1 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute*
- *Art. 7.12.2 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati.*

In relazione ai Sinistri della Sezione Assistenza Mobilità, nei casi in cui la Struttura Organizzativa ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di Assistenza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute e autorizzate.

Il rimborso avviene entro 30 giorni:

- dal ricevimento della documentazione originale relativa alle spese sostenute da cui risulti l'effettivo pagamento o,
- dal risultato dell'arbitrato irrituale.

NORME PER LA SEZIONE DANNI A TERZI

Art. 7.15 - Gestione delle vertenze e spese di difesa

La Società assume a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso e con facoltà di designare legali, periti, consulenti o tecnici:

- in sede stragiudiziale e in sede giudiziale civile, fino alla definizione del danno;
- in sede giudiziale penale fino alla conclusione del grado del procedimento in corso al momento della definizione del danno.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale assicurato indicato in Polizza.

Se la somma dovuta al danneggiato supera tale Massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non sono da essa designati e non risponde di multe, ammende e delle Spese di giustizia penale.

L'Assicurato deve comparire personalmente in giudizio nei casi in cui le leggi lo prevedono o la Società lo richieda.

Art. 7.16 - Liquidazione del Sinistro

Verificata l'operatività della garanzia assicurativa e accertato e quantificato il danno risarcibile, la Società liquida l'importo dovuto nei 30 giorni successivi a quello in cui è conclusa l'istruttoria del Sinistro.

NORME PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE MOBILITÀ

Art. 7.17 - Modalità per richiedere le prestazioni di tutela legale

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

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

La Società può cambiare il gestore dei Sinistri di Tutela Legale, comunicandolo tempestivamente al Contraente. In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

Art. 7.18 - Libera scelta del legale

L'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo cui affidare la tutela dei propri interessi, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del Sinistro; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o con ARAG.

Art. 7.19 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti necessari alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa deve:

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

Art. 7.20 - Gestione del Sinistro

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

Successivamente, se la controversia non si risolve e se ci sono possibilità di successo, in caso di processo penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto secondo quanto previsto all'Art. 7.18 *Libera scelta del legale*.

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

L'Assicurato non può accordarsi con la controparte né in sede extragiudiziarica né in sede giudiziaria senza la preventiva conferma delle coperture delle spese da parte di ARAG. In caso di mancato avviso o conferma ARAG non rimborsa le spese sostenute.

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

ARAG può pagare direttamente il professionista dopo aver stabilito l'importo dovuto. ARAG non ha nessun obbligo diretto verso il professionista, perchè effettua il pagamento in esecuzione degli obblighi previsti dall'Assicurazione.

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

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

La liquidazione delle spese garantite avviene entro 30 giorni.

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

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

Ciascuna delle parti paga metà delle spese arbitrali, eccetto il caso di esito totalmente favorevole all'Assicurato.

In caso di esito negativo dell'arbitrato, l'Assicurato può procedere autonomamente ed a proprio rischio per risolvere la controversia, avvisando la Società o ARAG. In questo caso, se il risultato raggiunto è più favorevole di quello prospettato dalla Società o da ARAG, l'Assicurato può ricevere il rimborso delle spese sostenute, se non pagate dalla controparte.

Art. 7.21 - Coesistenza con copertura assicurativa per Danni ai terzi

Se l'Assicurato ha anche una copertura assicurativa per Danni ai terzi (Responsabilità Civile), la garanzia opera ad integrazione e dopo l'esaurimento di ciò che è dovuto dalla copertura di Responsabilità Civile per spese di resistenza e soccombenza, come previsto dall'Art. 1917 del Codice Civile.

Art. 7.22 - Recupero di somme

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

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

NORME PER LA SEZIONE ZERO PENSIERI IN MOBILITÀ

Art. 7.23 - Documenti da presentare alla Società

Il Contraente o l'Assicurato devono presentare la seguente documentazione:

a) PERDITA PECUNIARIA VEICOLO SOSTITUTIVO

- autodichiarazione dell'Assicurato con cui si certifica l'indisponibilità dei veicoli di proprietà;
- copia del contratto di noleggio da cui si evince che il veicolo è stato noleggiato dall'Assicurato e relativa documentazione di spesa;
- in presenza di una o più coperture assicurative di Assistenza stradale per i veicoli di proprietà dell'Assicurato: copia di polizza e delle relative condizioni di assicurazione;
- in assenza di una o più coperture assicurative di Assistenza stradale per i veicoli di proprietà dell'Assicurato: autodichiarazione dell'Assicurato con cui si certifica l'assenza assicurativa.

b) PERDITA PECUNIARIA RCA

- dichiarazione della compagnia di assicurazione dell'autovettura noleggiata da cui si evince la data di accadimento del Sinistro RCA e lo stato di lavorazione (liquidato e chiuso) del Sinistro stesso;
- copia del contratto di noleggio a favore dell'Assicurato da cui si evince l'inizio e la fine del servizio stesso e la relativa Franchigia a carico in caso di danni a terzi dovuti alla circolazione del veicolo;
- verbale delle Autorità competenti da cui si evince che al momento dell'incidente alla guida ci fosse l'Assicurato.

c) PERDITA PECUNIARIA CVT

- dichiarazione della compagnia di assicurazione dell'autovettura noleggiata da cui si evince la data di accadimento del Sinistro CVT e lo stato di lavorazione (liquidato e chiuso) del Sinistro stesso;
- copia del contratto di noleggio a favore dell'Assicurato da cui si evince l'inizio e la fine del servizio stesso e la relativa Franchigia, Scoperto o minimo non indennizzabile a carico in caso di danni materiali e diretti al veicolo;
- il verbale delle Autorità competenti da cui si evince che al momento dell'incidente alla guida ci fosse l'Assicurato (solo per garanzie operanti durante la guida del veicolo - es. Collisione, Kasko).

La Società ha la facoltà di richiedere, ai fini di verificare l'operatività della garanzia, ulteriore documentazione rispetto a quella predetta.

Art. 7.24 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia assicurativa, accertato e quantificato il danno indennizzabile (fermi i limiti d'Indennizzo previsti per la singola prestazione), la Società si impegna a liquidare l'importo dovuto nei 30 giorni successivi a quello in cui è conclusa l'istruttoria del Sinistro. La liquidazione dell'Indennizzo avviene se sono stati presentati alla Società tutti i documenti richiesti al precedente *Art. 7.23 - Documenti da presentare alla Società*. Il pagamento è effettuato in Italia e in euro.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA MOBILITÀ

Art. 7.25 - Gestione dei Sinistri e fornitura delle prestazioni di Assistenza

La Società si avvale della Struttura Organizzativa di UniSalute, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione e per la fornitura delle Prestazioni di Assistenza. La Struttura Organizzativa è operativa 24 ore su 24 e 7 giorni su 7:

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

La Società può cambiare la società di Assistenza e/o la Struttura Organizzativa, comunicandolo tempestivamente al Contraente. In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

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

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente 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. 1882 Nozione

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

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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

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

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

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura dal contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse 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. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

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

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare

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

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

Di cosa hai bisogno?	A chi ti devi rivolgere?	Quali sono i recapiti?
Denunciare un Sinistro Sezione Infortuni da Circolazione Sezione Danni a Terzi Sezione Zero Pensieri in Mobilità	Agenzia / Punto vendita Direzione Unipol	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia/Punto vendita : <ul style="list-style-type: none"> sulla Polizza www.unipol.it sulla APP Unipol <p style="text-align: center;">Direzione Unipol Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolassicurazioni@pec.unipol.it</p>
Attivare una prestazione di Rimborso spese mediche per l'utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute	UniSalute Centrale Operativa	Telefonare dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi: <ul style="list-style-type: none"> al numero verde 800 212477 se in Italia; al numero +39 051 6389048 se all'estero.
Denunciare un Sinistro della Sezione Tutela Legale Mobilità	ARAG Direzione Unipol	ARAG <ul style="list-style-type: none"> Telefono centralino: 045.8290411 e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it e-mail per invio successiva documentazione relativa al Sinistro: sinistri@arag.it <p style="text-align: center;">Direzione Unipol Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolassicurazioni@pec.unipol.it</p>
Richiedere una Prestazione di Assistenza Mobilità	Struttura Organizzativa di UniSalute	Attivo 24 ore su 24 <ul style="list-style-type: none"> Telefonare al numero verde 800 212477 se in Italia; e al numero +39 051 6389048 se all'estero.
Informazioni su prodotti e servizi	Unipol	Numero telefonico 848 800 074
Usufruire del diritto di Recesso in caso di Vendita a distanza	Agenzia / Punto vendita Direzione Unipol	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia/Punto vendita : <ul style="list-style-type: none"> sulla Polizza www.unipol.it sulla APP Unipol <p style="text-align: center;">Direzione Unipol Lettera raccomandata con avviso di ricevimento: Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolassicurazioni@pec.unipol.it</p>

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, saranno trattati alcuni dati personali a Lei e/o ad altri soggetti riferibili (in via esemplificativa, altri soggetti assicurati o beneficiari di polizza, aderenti ad associazioni che abbiano stipulato specifiche convenzioni con la Compagnia - come *infra* definita - ed in ragione delle quali Lei potrà eventualmente ricevere sconti o vantaggi).

Chi tratterà i dati personali?

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

Quali dati personali tratteremo?

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

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

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

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

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

Perché tratteremo i Dati?

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

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

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

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

Come tratteremo i Suoi Dati?

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

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

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi Dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della

propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

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

A chi comunicheremo i Dati?

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

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

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

- 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.

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.

