



la tua protezione



UnipolSai

INFORTUNI

PREMIUM

Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute.
Modello 1204 - Ed. 01.12.2016

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Infortuni Premium

Ed. 01.12.2016

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 15
1. Informazioni generali	2 di 15
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 15
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 15
3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni	3 di 15
4. Periodi di carenza contrattuali	7 di 15
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio	8 di 15
6. Aggravamento o diminuzione del Rischio	8 di 15
7. Premi	8 di 15
8. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate	8 di 15
9. Diritto di Recesso	9 di 15
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	9 di 15
11. Legge applicabile al contratto	9 di 15
12. Regime fiscale	9 di 15
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	9 di 15
13. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	9 di 15
14. Assistenza diretta - Convenzioni	10 di 15
15. Reclami	10 di 15
16. Arbitrato	11 di 15
GLOSSARIO	12 di 15

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINA

• LA POLIZZA IN SINTESI	2 di 68
A. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 68
1. Norme che regolano il contratto in generale	4 di 68
B. NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI	9 di 68
2. Sezione Infortuni	9 di 68
3. Sezione Malattia	30 di 68
4. Sezione SalvaPremio	32 di 68
5. Sezione Assistenza	34 di 68
C. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	40 di 68
6. Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	40 di 68
• NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	64 di 68

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINA

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 4
--	--------

1

NOTA INFORMATIVA

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

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

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

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2015, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.561.726.646,53, con capitale sociale pari ad € 2.031.445.959,93 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.973.947.985,60. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2015, determinato come rapporto tra l'ammontare del capitale disponibile e l'ammontare del capitale richiesto dalla nor-

mativa vigente alla medesima data, riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,96. Si evidenzia che in data 1 gennaio 2016 è entrata in vigore la nuova normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II), introdotta nell'ordinamento giuridico italiano dal Decreto Legislativo 12 maggio 2015. n. 74 - che ha recepito la Direttiva 2009/138/CE e ha modificato ed integrato il D.Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private) - e dagli Atti Delegati, emanati con Regolamento Delegato UE n. 35/2015, che integrano la direttiva citata. Sulla base della nuova disciplina Solvency II, che innova profondamente i criteri di determinazione del capitale disponibile e del capitale richiesto, l'indice di solvibilità di Unipol-Sai alla data del 1° gennaio 2016 è pari a 2,15.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Avvertenza: in caso di stipulazione con tacito rinnovo la disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza, dalla parte recedente all'altra parte con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennialità".

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto, nei limiti previsti in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione, offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali; ad essa sono abbinabili le coperture Malattia, SalvaPremio e Assistenza.

- La copertura *Infortuni* prevede in caso di Infortunio professionale e/o extraprofessionale - a seconda della scelta riportata in Scheda di polizza tra le forme *Tempo libero e Lavoro* o *Lavoro* o *Tempo libero* - la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- *Morte*, con pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro; il pagamento viene effettuato anche in caso di Stato Comatoso Irreversibile in quanto protrattosi per almeno 180 giorni consecutivi, ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro; l'Assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.5.1 "Garanzie Base" lettera A) "Morte" e lettera A.1) "Stato Comatoso Irreversibile".
- *Invalidità Permanente*, con pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità Permanente accertata, distinguendo nella quantificazione - a seconda delle tabelle di Indennizzo applicate - tra Invalidità fino al 30%, dal 31% al 49%, dal 50% al 79%, dall'80% al 99% e pari al 100%; si vedano in particolare le tabelle di cui agli Artt. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" e 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente", nonché i casi particolari disciplinati dagli Artt. 6.7 "Ernie traumatiche o da Sforzo" e 6.8 "Eventi naturali catastrofici".
In fase di stipulazione il Contraente può scegliere l'opzione *Invalidità Permanente Rendita Vitalizia*, in base alla quale la garanzia base Invalidità Permanente opera solo nel caso in cui l'invalidità sia di grado superiore al 60%, con il riconoscimento in favore dell'Assicurato di una rendita immediata vitalizia rivalutabile di importo annuo pari a quanto indicato in Scheda di polizza erogata in rate mensili posticipate, la cui costituzione viene effettuata mediante stipula con la

Società di una polizza Vita a premio unico a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere aggiuntivo a suo carico. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.5.1 "Garanzie Base" lettera B.3) "Invalidità Permanente Rendita Vitalizia".

- *Rimborso spese mediche da Infortunio*, comprendente il rimborso delle spese di cura, inclusi tra gli altri gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e l'acquisto di presidi o tutori prescritti dai sanitari, sostenute non oltre due anni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C).
- *Indennità da Infortunio*, comprensiva di *Indennità per Ricovero* (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio), *Indennità per Ricovero e Convalescenza* (con pagamento per la Convalescenza, in aggiunta a quanto sopra previsto in caso di Ricovero, della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio, purché la degenza sia pari ad almeno 2 giorni consecutivi) e *Indennità per Immobilizzazione* (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera D).
- *Inabilità Temporanea da Infortunio*, comprensiva di *Inabilità Temporanea Integrale* (con pagamento per intero della somma pattuita per ogni giorno di totale o parziale incapacità fisica a svolgere l'attività professionale indicata in Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio), *Inabilità Temporanea Parziale* (con pagamen-

to - al 100% in caso di incapacità totale e al 50% in caso di incapacità parziale - della somma pattuita per ogni giorno di incapacità fisica a svolgere l'attività indicata in Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio) e *Inabilità Temporanea Totale* (con pagamento per intero della somma pattuita per ogni giorno di totale incapacità fisica a svolgere l'attività indicata in Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera E).

Sono altresì presenti - in quanto sempre operanti - le garanzie supplementari contenute in *Protezione Figli* ("Supervalutazione futuro protetto", "Perdita anno scolastico", "Invalidità Permanente minori non assicurati" e "Invalidità Permanente minorenni assicurati") e in *Stato Comatoso* ("Indennità forfettaria per Stato Comatoso"). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.6 "Garanzie supplementari (sempre operanti)".

E' inoltre prevista la possibilità di scelta tra le seguenti *Condizioni specifiche*:

- A) *Adozione della Tabella INAIL*, (di cui all'allegato 1 del D.P.R. n°1124 del 30/06/1965) per la determinazione dell'Invalidità permanente in sostituzione di quella presente all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente". Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera A).
- B) *Invalidità Permanente con Franchigia 3%*, che prevede l'inserimento della Franchigia del 3% su questa garanzia. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera B).
- C) *Invalidità Permanente senza Franchigia*, che prevede l'eliminazione della Franchigia su questa garanzia. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera C).
- D) *Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus*, con attenuazione dell'impatto della Franchigia 5% sulla percentua-

- le da liquidare sulla Somma assicurata. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera D).
- E) *Invaldità Permanente con Franchigie differenziate*, con applicazione - per Invaldità Permanente accertata di grado inferiore al 15% - di Franchigie diverse per ciascuna delle tre parti in cui è divisibile la Somma assicurata (Franchigia 0% sulla prima parte, 3% sulla seconda e 5% sulla terza). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera E).
- F) *Supervalutazione specifica per parti anatomiche*, con maggiorazione delle percentuali di Invaldità Permanente riconosciute per la menomazione di alcune parti anatomiche rispetto alla Tabella di valutazione condizioni base prevista dall'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invaldità Permanente" o a quella INAIL. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera F).
- G) *Supervalutazione Indennizzo per Invaldità Permanente*, con maggiorazione dell'Indennizzo in misura variabile a seconda del grado di Invaldità Permanente accertato. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera G).
- H) *Indennità forfettaria per frattura*, con riconoscimento di una somma forfettaria in caso di frattura scheletrica radiologicamente accertata. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera H).
- I) *Indennità forfettaria per gravi Ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia*, con riconoscimento della somma forfettaria in caso di Ricovero superiore a 7 giorni consecutivi o in caso di più Ricoveri per una durata complessiva superiore a 30 giorni. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera I).
- L) *Indennità globale per Immobilizzazione*, con riconoscimento di una somma forfettaria in caso - tra le altre ipotesi - di frattura scheletrica radiologicamente accertata che non necessita di mezzi di contenzione. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera L).
- M) *Invaldità Permanente da Danno Estetico*, con estensione della garanzia Invaldità Permanente agli Infortuni dai quali derivi un danno permanente di tipo estetico individuato e valutato in termini percentuali sulla base di quanto indicato nell'apposita tabella. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera M).
- N) *Indennizzo aggiuntivo per Morte da circolazione*, con riconoscimento di un Indennizzo forfettario aggiuntivo rispetto alla Somma assicurata per la garanzia Morte in caso di Infortunio mortale subito dall'Assicurato in qualità di conducente o trasportato su determinati mezzi di locomozione, oppure di pedone. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera N).
- O) *Sport Agonistici*, con estensione dell'Assicurazione alla pratica degli Sport Agonistici purché non praticati come Sport Professionistici. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera O).
- P) *Sport ad Alto Rischio*, con estensione dell'Assicurazione alla pratica degli Sport ad Alto Rischio purché non praticati come Sport Professionistici. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera P).
- Q) *Sport Motoristici e Motonautici*, con estensione dell'Assicurazione alla pratica degli Sport Motoristici e Motonautici purché non praticati come Sport Professionistici. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera Q).
- R) *Sport Aerei*, con estensione dell'Assicurazione alla pratica degli Sport Aerei purché non praticati come Sport Professionistici. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera R).
- S) *Copertura Nucleo Familiare*, con cui l'As-

sicurazione è prestata a favore del Contraente e dei componenti il suo Nucleo Familiare nonché delle persone specificamente indicate nella Scheda di polizza. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera S).

- La copertura *Malattia* prevede il pagamento a favore dell'Assicurato di un'indennità giornaliera in caso di Ricovero in Istituto di Cura o di Day Hospital reso necessario da Malattia. La garanzia opera - a seconda della scelta riportata in Scheda di polizza - nella forma A) *Indennità per Ricovero* (con pagamento dell'indennità pattuita - o del 50% in caso di Day Hospital - per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per ogni Malattia), oppure B) *Indennità per Ricovero e Convalescenza* (con pagamento, in aggiunta a quanto sopra previsto in caso di Ricovero, dell'indennità di Convalescenza pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 90 giorni per ogni Malattia).
- La copertura *SalvaPremio* prevede il riconoscimento di un Indennizzo pari all'ultimo Premio annuo lordo indicato nella Scheda di polizza o nell'ultima quietanza di rinnovo nelle ipotesi di:
 - a) *Infortunio* del Contraente, non Lavoratore Dipendente, che abbia determinato una prognosi superiore a 45 giorni;
 - b) *Perdita d'impiego* del Contraente, Lavoratore Dipendente, a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".
- La copertura *Assistenza* fornisce all'Assicurato, a seguito di Infortunio, prestazioni di aiuto immediato, quali l'invio di medici, di infermieri, di fisioterapisti, il rientro sanitario con autoambulanza e varie altre.

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

di Assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione", 2.3 "Esclusioni", 3.2 "Esclusioni", 4.2 "Esclusioni" e 6.2 "Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti". Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai capitoli B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI" e C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" per gli aspetti di dettaglio.

Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio in materia di sospensione in corso di contratto si rinvia a quanto previsto agli Artt. 1.3 "Decorrenza della garanzia", 1.6 "Frazionamento del Premio" e 1.7 "Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D".

Avvertenza: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile, con minimi in Euro) e Franchigie (esprese in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. La Franchigia può essere "relativa", e in tal caso non viene applicata se il danno accertato è superiore alla Franchigia stabilita (quindi l'Indennizzo risulta integrale) oppure "assoluta", venendo cioè in ogni caso detratta dal danno indennizzabile.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 2.4 "Massimale catastrofale", 2.5 "Garanzie prestate" (in particolare vedasi Art. 2.5.1 "Garanzie base" lett. B) "Invalidità Permanente da Infortunio", Art.

2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lett. C) "Rimborso spese mediche da Infortunio"; D) "Indennità da Infortunio" ed E) "Inabilità Temporanea da Infortunio"); 2.7 "Condizioni specifiche" lettere B) "Invalidità Permanente con Franchigia 3%"; D) "Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai" ed E) "Invalidità Permanente con Franchigie differenziate"; 6.8 "Eventi naturali catastrofici" e nella Scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione del contratto.

Esempio di Franchigia assoluta riguardante la garanzia Invalidità Permanente:
Somma assicurata pari a € 100.000,00, Invalidità Permanente accertata pari al 10%, Franchigia assoluta pari al 3%, Indennizzo pari a € 7.000,00 (10% - 3% = 7%, da applicare su € 100.000,00).

Esempio di Franchigia relativa riguardante la garanzia Indennità per Ricovero e Convalescenza:

Somma assicurata pari a € 40,00 per giorno di degenza/Convalescenza, n°5 giorni complessivi di degenza, Franchigia relativa pari a n°2 giorni di degenza, Indennizzo pari a € 200,00 per degenza ed € 200,00 per Convalescenza (n°5 giorni di degenza è superiore a 2, quindi la Franchigia non viene applicata).

Esempio di Franchigie differenziate riguardanti la garanzia Invalidità Permanente:

Somma assicurata pari a € 150.000,00 (quindi suddivisibile in n°3 parti uguali da € 50.000,00), Invalidità Permanente accertata pari al 10%, Franchigia sulla prima parte pari a 0%, sulla seconda pari a 3% e sulla terza pari al 5%, Indennizzo pari a € 11.000,00 ottenuto sommando: 1° scaglione 10% (10% Invalidità Permanente - 0% Franchigia) x € 50.000,00 = 5.000,00, 2° scaglione 7% (10% Invalidità Permanente - 3% Franchigia) x 50.000,00 = 3.500,00, 3° scaglione 5% (10% Invalidità Permanente - 5% Franchigia) x € 50.000,00 = € 2.500,00.

Esempio di Scoperto con minimo non indennizzabile in Euro riguardante la garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio:
spesa sanitaria in centro non convenzionato UniSalute pari a € 1.000,00, Scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50,00 e massimo € 250,00, Indennizzo corrisposto € 900,00;
spesa sanitaria in centro non convenzionato UniSalute pari a € 200,00, Scoperto 10% minimo non indennizzabile € 50,00 e massimo € 250,00, Indennizzo corrisposto € 150,00 (si applica il minimo non indennizzabile di € 50,00 in quanto lo Scoperto del 10% è pari a € 20,00).

Esempio di limite di Indennizzo:
spesa per trasporto con mezzi sanitari da e verso Istituto di Cura pari a € 2.000,00, Somma assicurata per rimborso spese mediche pari a € 3.500,00, limite di Indennizzo per trasporto con mezzi sanitari pari a € 1.750,00 (50% della Somma assicurata di cui sopra), Indennizzo corrisposto € 1.750,00.

Avvertenza: non sono assicurabili le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età:

- superiore a 80 anni per tutte le garanzie previste dalla Sezione Infortuni ad eccezione della garanzia Invalidità Permanente Rendita Vitalizia;
- superiore a 75 anni per tutte le garanzie previste dalla Sezione Malattia;
- inferiore a 32 anni e superiore a 70 anni per la garanzia Invalidità Permanente Rendita Vitalizia;
- inferiore a 18 anni per le garanzie Inabilità Temporanea da Infortunio;
- inferiore a 18 anni e superiore a 70 anni per le garanzie previste dalla Sezione SalvaPremio.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione".

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: Il contratto prevede nelle garan-

zie Malattia e SalvaPremio un periodo di carenza (altresì detto Termine di aspettativa), ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo.

Nella garanzia Malattia la carenza varia a seconda della patologia denunciata dall'Assicurato (con termine aumentato per parto, malattie da puerperio e aborto terapeutico). Nella garanzia SalvaPremio la carenza è prevista in misura pari a 90 giorni per l'evento Perdita d'impiego.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto agli Artt. 3.3 "Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa" della sezione Malattia e 4.1 "Garanzia base Oggetto dell'Assicurazione" della sezione SalvaPremio.

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

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

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato/Contraente deve comunicare in forma scritta alla Società ogni aggravamento del Rischio, pena la possibile perdita del diritto all'Indennizzo o sua riduzione o la cessazione del contratto stesso ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile. E' altresì possibile comunicare l'avvenuta diminuzione del Rischio: in tal caso la Società è tenuta a ridurre il Premio a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata successiva alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.9 "Aggravamento del Rischio", 1.10 "Diminuzione del Rischio" e 6.3 "Attività diversa da

quella dichiarata in Polizza".

A titolo esemplificativo costituisce aggravamento o diminuzione di Rischio una variazione dell'attività svolta dall'Assicurato rispetto a quella dichiarata in Polizza che comporti il passaggio di inquadramento dalla Classe A alla C - o nel caso di diminuzione dalla Classe C alla A - della "Tabella delle attività professionali" allegata alle Condizioni di Assicurazione (come nell'ipotesi del cambiamento di attività da "Antiquario con sola attività di vendita" ad "Antiquario con restauro", o viceversa).

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Previo accordo della Società il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi - più eventuale frazione di mese - del Premio annuo lordo all'atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale.

L'eventuale frazionamento è indicato nella Scheda di polizza.

Avvertenza: Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Scheda di polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (articolo 1899, 1° comma, del Codice Civile).

8. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate

Salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all'Adeguamento automa-

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

9. Diritto di Recesso

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

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

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

11. Legge applicabile al contratto

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

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative

nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle Assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede diverse garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) SalvaPremio
Perdite Pecuniarie: 21,25%;
- d) Assistenza: 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: Relativamente alla copertura Infortuni il Sinistro si intende avvenuto al verificarsi dell'Infortunio. Per la copertura Malattia la data di Sinistro corrisponde al primo giorno di Ricovero o di Day Hospital. Il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto devono dare avviso scritto del Sinistro alla Società o all'intermediario a cui è assegnato il contratto entro 10 giorni dall'Infortunio o dalla data di Ricovero / Day Hospital, o comunque dal momento in cui ne hanno avuto la possibilità. In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi ad accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società. Nella copertura Malattia le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto agli Artt. 6.1 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" della sezione Infortuni, 6.13 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" della sezione Malattia, 6.16 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" della sezione SalvaPremio nonché - più in generale sull'intera procedura liquidativa - al capitolo C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: Relativamente ai Sinistri delle garanzie Assistenza e Rimborso spese mediche da Infortunio la gestione, la trattazione e la liquidazione viene affidata alla Compagnia di assicurazione UniSalute S.p.A. con sede in via Larga, 8 - 40138 Bologna. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto al capitolo B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI".

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: Per usufruire delle prestazioni sanitarie previste per la garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio, l'Assicurato può scegliere tra le seguenti modalità operative:

- **ASSISTENZA DIRETTA:** le prestazioni sanitarie vengono erogate attraverso la rete convenzionata che è un insieme di strutture sanitarie che UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato tramite la Struttura Organizzativa: in tal caso UniSalute indennizza direttamente le strutture convenzionate;
- **ASSISTENZA INDIRETTA:** l'Assicurato si avvale, per la fruizione delle prestazioni sanitarie, di strutture sanitarie non appartenenti alla rete convenzionata con UniSalute oppure a strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. In tal caso l'Indennizzo viene erogato nella forma del rimborso successivo all'Assicurato con le limitazioni previste nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C) "Rimborso spese mediche da Infortunio" e C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni" e all'Art. "6.9 Criteri di Indennizzo della Garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio".

L'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate è reperibile sul sito Internet www.unisalute.it.

15. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segna-

tamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it
Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art.107 del TUB, SIM e Poste Italiane - Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

[I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, an-](#)

che utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti

le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoiazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto.
- procedura di arbitrato di cui al punto seguente prevista dalle Condizioni di Assicurazione all'Art.6.19 "Arbitrato irrituale".

16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 6.19 "Arbitrato irrituale".

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.

Avvertenza: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

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

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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

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

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

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

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione.

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

Day Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medici-

na preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

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

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

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

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Lavoratore Dipendente: la persona fisica che si impegna, per effetto di un contratto, in cambio di una retribuzione (stipendio), a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione di un soggetto detto "datore di lavoro". Costui impartisce le istruzioni al dipendente e s'impegna a fornirgli le materie prime e gli strumenti necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa.

Lavoro aereo: attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione, collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

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

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

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

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di contratto di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza del contratto stesso.

In caso di contratto di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto del contratto e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365

giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: tutti i documenti che costituiscono l'Assicurazione.

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scheda di polizza: documento che prova l'Assicurazione.

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

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

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

Società: l'impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Somma assicurata: è la somma indicata nella Scheda di polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell'Indennizzo.

Sport Aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con: Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante, alianti, mo-toalianti, aerostati, dirigibili ultraleggeri, del-taplani, paramotori, parapendii, apparecchi e/o attrezzi per il volo da diporto o sportivo, paracadutismo.

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e comunque specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico; intendendosi per tali i campionati che possa-

no svolgersi in ambito provinciale, regionale, nazionale e/o internazionale.

Sport ad Alto Rischio: intendendosi per tali: alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il 3° grado della scala di Monaco o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano contatto fisico, bob, canoa fluviale oltre il 3° grado, discesa di rapide, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, football americano, free climbing, guidoslitta (bob-sleigh), heli-snow, immersione con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello), comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua, jet ski, kite surf, lotta nelle sue varie forme, pugilato, rafting, rugby, hockey, salto con l'elastico (bungee jumping), salto dal trampolino con sci o idrosci, scialpinismo, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremi (effettuati fuori pista in zone distanti non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita) slittino (skeleton), snowrafting, sollevamento pesi, speleologia;

Sport Motoristici o Motonautici: intendendosi per tali quelli che prevedono:

- l'utilizzo di autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo di predetti veicoli. Rimangono comunque escluse dalla copertura assicurativa le gare Sprint e Gasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car, anche nel caso in cui nel contratto sia resa operante l'estensione agli Sport Motoristici e Motonautici (Condizione Specifica Q);
- l'utilizzo a qualsiasi titolo di moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dall'UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale. Rimangono comunque escluse dalla copertura assicurativa le gare di Off-shore, anche nel caso in cui nel contratto sia resa operante l'estensione agli Sport Motoristici e Motonautici (Condizione Specifica Q).

Sport Professionistici: quelli svolti in maniera continuativa nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti e che costituisca fonte principale di reddito per l'Assicurato.

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

Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso 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 consecutivi.

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

Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

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

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene.

Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo Sinistro".

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

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

Ed. 01/12/2016

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. CHI E COSA PUO' ESSERE ASSICURATO

Il singolo individuo, sia esso **Lavoratore Dipendente, lavoratore autonomo** (artigiano, libero professionista) o **non lavoratore, e le piccole imprese** che vogliono assicurare i propri dipendenti per **Infortuni occorsi durante l'attività lavorativa e/o durante il tempo libero**.

E' possibile per il singolo individuo estendere la copertura assicurativa anche alla **famiglia**, con somme assicurate per Nucleo Familiare oltre che per singolo Assicurato.

La Polizza offre anche la possibilità di soddisfare le esigenze assicurative in caso di **Malattie** e garantire un aiuto immediato in caso di **perdita di impiego o Infortunio** che determini una prognosi rilevante.

Infine, è possibile inserire in copertura anche una serie di prestazioni di **Assistenza** che aiutano l'Assicurato nel momento del bisogno, sia in Italia che all'estero.

2. GARANZIE PREVISTE

Le **garanzie** previste per gli assicurati e i **relativi Indennizzi** sono:

SEZIONE INFORTUNI

- **Morte:** corresponsione della somma assicurata ai Beneficiari o agli eredi;
- **Invalità Permanente:** corresponsione di un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata a seconda della percentuale di invalidità accertata e secondo i criteri di valutazione e di Indennizzo resi operanti in Polizza;
- **Rimborso Spese Mediche:** rimborso delle spese di cura richiamate in Polizza sostenute a seguito dell'Infortunio. Questa garanzia prevede anche l'eroga-

zione delle prestazioni in Strutture convenzionate UniSalute con pagamento diretto e senza l'applicazione di eventuali Scoperti e con una maggiorazione della Somma assicurata;

- **Indennità da Infortunio**
 - **Indennità per Ricovero:** in caso di Ricovero in Istituto di Cura (anche in Day Hospital) corresponsione dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno di Ricovero;
 - **Indennità per Ricovero e Convalescenza:** oltre a quanto indicato sopra, corresponsione dell'indennità prevista in Polizza anche per la Convalescenza, per un importo e una durata pari a quella del Ricovero, purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi;
 - **Indennità per Immobilizzazione:** in caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, corresponsione dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno di Immobilizzazione;
- **Inabilità Temporanea da Infortunio:** corresponsione dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato fisicamente incapace a svolgere l'attività professionale.

E' possibile personalizzare la copertura infortuni inserendo in Polizza condizioni opzionali a pagamento che possono, ad esempio, modificare Franchigie o estendere coperture.

SEZIONE MALATTIA

- **Indennità per Ricovero:** in caso di Ricovero in Istituto di Cura (anche in Day Hospital) reso necessario da una Malattia, parto o aborto terapeutico, corresponsione dell'indennità prevista in Polizza per ogni giorno di Ricovero;
- **Indennità per Ricovero e Convalescenza:** oltre a quanto indicato sopra, corresponsione

sione dell'indennità prevista in Polizza anche per la Convalescenza, per un importo e una durata pari a quella del Ricovero, purchè la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi.

- delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

4. COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Quando si verifica un Sinistro, si deve provvedere alla denuncia entro 10 giorni dal momento in cui se ne viene a conoscenza.

Per ogni richiesta relativa alle prestazioni della sezione Assistenza si deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia alle singole sezioni, nonché a quanto indicato nella Nota informativa.

SEZIONE SALVAPREMIO

Corresponsione di un Indennizzo pari all'ultimo Premio annuo lordo di Polizza nei seguenti casi:

- **Infortunio** che determina una prognosi certificata di almeno 45 giorni (garanzia valida per il Contraente che al momento del Sinistro non è Lavoratore Dipendente);
- **Perdita di impiego** (garanzia valida per il Contraente che al momento del Sinistro è Lavoratore Dipendente).

SEZIONE ASSISTENZA

Prestazioni di Assistenza sia in Italia che all'estero, tra le quali segnaliamo:

- Invio di un medico;
- Invio di un infermiere / fisioterapista a domicilio;
- Invio baby-sitter / badante;
- Trasferimento sanitario in centro medico specializzato.

3. COSA NON SI PUO' ASSICURARE

Alcuni eventi non sono assicurati con questa Polizza. Segnaliamo, a titolo esemplificativo, gli infortuni determinati da:

- pratica di Sport Professionistici;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore in assenza della prescritta abilitazione;
- guida e uso di mezzi subacquei;
- operazioni chirurgiche e cure mediche non resi necessari in conseguenza di Infortunio;
- abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti;
- Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli;

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 1.2 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia

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

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

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

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

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

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

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

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore ai cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Art. 1.5 - Pagamento del Premio

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla

rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

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

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

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

- 1.1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
- 1.2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
- 1.3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
- 1.4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente

messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società:
- mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

2. Mancato addebito del pagamento di Premi

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

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

- 3.1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revocche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
- 3.2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di

pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..

- 3.3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/ sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
- 3.4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».
- 3.5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

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

Art. 1.8 Adeguamento delle Somme assicura-

te e dei relativi Premi

Salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all'adeguamento automatico le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie, i minimi ed i massimi di Scoperto, i limiti espressi in giorni e i valori espressi in percentuale nonché tutte le prestazioni della Sezione Assistenza e della garanzia Invalidità Permanente Rendita Vitalizia se prestata.

Non sono altresì soggetti ad adeguamento gli importi di cui all'Art. 2.4 "Massimale catastrofale" e all'Art. 2.6 "Garanzie supplementari (sempre operanti)".

Art. 1.9 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.10 - Diminuzione del Rischio

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

Art. 1.11 - Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.12 - Recesso in caso di Sinistro

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

La relativa comunicazione, effettuata con let-

tera raccomandata o a mezzo telefax, diventa efficace:

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

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

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

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda la Sezione Malattia, la Società rinuncia alla facoltà di esercitare il Recesso per Sinistro.

Art. 1.13 - Pagamento dell'Indennizzo

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

Art. 1.14 - Pattuizione della non rinnovabilità del contratto

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

Art. 1.15 - Assicurazioni obbligatorie

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

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

Non sono assicurabili dal presente contratto:

- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età:
 - superiore a 80 anni per le garanzie

previste dalla Sezione Infortuni, ad eccezione della garanzia Invalidità Permanente Rendita Vitalizia;

- superiore a 75 anni per tutte le garanzie previste dalla Sezione Malattia;
- inferiore a 32 anni e superiore a 70 anni per la garanzia Invalidità Permanente Rendita Vitalizia;
- inferiore a 18 anni per le garanzie Inabilità Temporanea da Infortunio;
- inferiore a 18 anni e superiore a 70 anni per le garanzie previste dalla Sezione SalvaPremio.

Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva;

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

In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato, al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 1.17 - Altre assicurazioni

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

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

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

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adem-

pimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;

- polizze stipulate a copertura del rischio Infortuni della circolazione;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisiti di beni o servizi non assicurativi;
- garanzie Salvapremio;
- garanzie Assistenza.

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

Art. 1.18 - Rinvio alle norme di legge

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

2. SEZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 – Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate nella Scheda di polizza, le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività descritte nella Forma di copertura indicata in Scheda di polizza:

Forma di copertura

A) TEMPO LIBERO E LAVORO

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

B) LAVORO

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

C) TEMPO LIBERO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità, compresi gli Infortuni che si verificano durante il percorso dall'abitazione dell'Assi-

curato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e tragitto inverso.

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura prescelta sono compresi anche:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture sottocutanee dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella di Valutazione di cui all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, con l'esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori. Tale estensione è valida purché l'Assicurato alla data del Sinistro risulti garantito con contratto di Assicurazione Infortuni della Società da almeno 180 giorni senza soluzione di continuità;
- h) le lesioni determinate da Sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
- i) le ernie traumatiche o da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall'Art. 6.7 "Ernie traumatiche o da Sforzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- j) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- k) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- l) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- m) le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua purché non derivanti da

immersioni con uso di autorespiratore.

Estensione Territoriale

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

Art. 2.2 - Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari

Sono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

A) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

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

B) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

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

C) Rischio Volo

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

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

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

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

D) Rischio sport del tempo libero

Le garanzie, limitatamente alle sole forme di copertura "Tempo libero e lavoro" e "Tempo libero", sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di sport del tempo libero, intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuate in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Rientrano nell'ambito della pratica di sport del tempo libero anche le attività sportive che comportino la partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, nonché a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

E) Rischio eventi naturali catastrofici

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

Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.

Solo se operante in Scheda di polizza la garanzia Invalidità Permanente Classic, l'Indennizzo per tale garanzia sarà determinato sulla base dei criteri previsti dall'Art. 6.8 "Eventi naturali catastrofici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni

determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera C) "Rischio volo";
- c) pratica di Sport Professionistici;
- d) pratica di Sport Agonistici;
- e) pratica di Sport ad Alto Rischio;
- f) pratica di Sport Motoristici o Motonautici;
- g) pratica di Sport Aerei;
- h) guida e uso di mezzi subacquei;
- i) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- k) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero" e lettera B) "Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo";
- l) 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);

- m) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- n) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- o) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e i contagi da virus HIV e Epatitico.

Art. 2.4 - Massimale catastrofale

Nel caso in cui un medesimo evento colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società per il Sinistro non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00.

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

Art. 2.5 - Garanzie prestate

(operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

Art. 2.5.1 Garanzie base

A) Morte

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

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

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

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

nizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

Se il decesso avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese da questi sostenute per il rimpatrio della salma nel limite del 10% della Somma assicurata, con il massimo di € 10.000,00.

A.1) Stato Comatoso Irreversibile

In caso di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati all' Art. 6.4.2 "Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

B) Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, o dalla Tabella Inail, se operante.

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

Scelte consentite

(operanti solo se richiamate nella Scheda di polizza):

B.1) Invalidità Permanente Classic (Franchigia 5%)

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

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo "A1) Garanzie base" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

B.2) Invalidità Permanente Top Target (Franchigia 30%)

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 30% (Franchigia) non è previsto alcun Indennizzo.

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, l'Indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo "A1) Garanzie base" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

B.3) Invalidità Permanente Rendita Vitalizia

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 60% (Franchigia) non è previsto alcun Indennizzo.

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 60%, la Società riconosce all'Assicurato una rendita immediata vitalizia rivalutabile di importo annuo iniziale pari alla somma indicata nella Scheda di polizza, erogata in rate posticipate mensili.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula con la Società di una Polizza Vita a Premio unico a favore dell'Assicurato stesso e senza alcun onere aggiuntivo a suo carico.

Tale contratto vita non è riscattabile. La rendita assicurata, annualmente rivalutata secondo le condizioni previste dalla suddetta Polizza vita, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di comunicazione da parte

della Società dell' accertamento dell' Invalidità Permanente di grado superiore al 60%.

La rendita è erogata in rate posticipate ad ogni ricorrenza mensile successiva alla data di effetto dell' Assicurazione: il pagamento delle prime 3 rate è effettuato in unica soluzione alla data prevista per l' erogazione della terza rata mensile. Le relative condizioni contrattuali saranno quelle in vigore all' epoca della stipula, previamente consegnate al Contraente.

Art. 2.5.2 Garanzie supplementari (opzionali)

C) Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del contratto, la Società assicura secondo le modalità e i limiti indicati al punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni", il rimborso delle spese di cura rese necessarie dall' Infortunio e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché in caso di Intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l' intervento;
- i medicinali, i trattamenti fisioterapici ri-educativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- gli interventi di chirurgia plastica ed estetica e le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio;
- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;
- il rimborso delle spese per le protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e

sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre due anni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;

- il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura, entro il limite del 50% della Somma assicurata.

C.1) Modalità di erogazione delle prestazioni

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

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate, UniSalute provvede al pagamento diretto delle spese nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Scheda di polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuno Scoperto.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal servizio sanitario

nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc...), UniSalute rimborserà i ticket nonché le spese sanitarie rimaste a carico dell'Assicurato nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Scheda di polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuno Scoperto.

- il 50% dell'indennità prevista in Scheda di polizza per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital.

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

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture, ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. Per le prestazioni di cui all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" lettera C) relativamente alle sole cure termali, medicinali, acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori, nonché per il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura, non è operante il servizio di convenzionamento con UniSalute.

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

D.2) Indennità per Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto sopra previsto alla garanzia D.1) Indennità per Ricovero, la Società corrisponderà una indennità per Convalescenza da Infortunio, oltre a quanto previsto per la degenza durante il Ricovero, per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o di Day Hospital purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio.

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

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

D) Indennità da Infortunio

D.1) Indennità per Ricovero

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

- l'indennità giornaliera indicata in Scheda di polizza per ogni giorno di degenza;

D.3) Indennità per Immobilizzazione

In caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in Scheda di polizza.

L'indennità verrà corrisposta anche nel caso di applicazione di mezzi di conten-

zione amovibili e preconfezionati purché siano rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e purché prescritti:

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

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

E) Inabilità Temporanea da Infortunio

E.1) Inabilità Temporanea Integrale

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

E.2) Inabilità Temporanea Parziale

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Inabilità Temporanea la Società corrisponderà, per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata in Scheda di polizza:

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

Tuttavia resta inteso che la Società corrisponderà comunque l'indennità giornaliera integralmente, per un periodo massimo di 90 giorni per Sinistro e per

Periodo assicurativo, qualora l'Infortunio determini uno o più dei seguenti casi:

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

E.3) Inabilità Temporanea Totale

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

Per tutte le forme di garanzia di cui ai punti E.1), E.2) ed E.3), i giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione delle seguenti Franchigie:

- 7 giorni sulla Somma assicurata fino € 50,00;
- 15 giorni sulla parte di Somma assicurata eccedente € 50,00.

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

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

L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero.

Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.6 Garanzie supplementari (sempre operanti)

Protezione Figli

Art. 2.6.1) Supervalutazione futuro protetto

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

Art. 2.6.2) Perdita anno scolastico

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

La garanzia opera:

- per gli Assicurati minorenni che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria italiane o straniere presenti sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- previa certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi attestante che la perdita dell'anno scolastico è da attribuire alle

assenze dalle lezioni;

- previo certificato medico attestante che l'assenza dalle lezioni sia stata diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

Art. 2.6.3) Invalidità Permanente minori non assicurati

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente a carico di un figlio di età inferiore a due anni non Assicurato, la Società riconosce ai genitori, purché entrambi Assicurati, il rimborso delle spese di cura di cui al punto C) Rimborso spese mediche da Infortunio dell'Art. 2.5 "Garanzie prestate", sostenute entro due anni dall'Infortunio e fino ad un massimo di € 10.000,00.

Art. 2.6.4) Invalidità Permanente minorenni assicurati

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

Stato Comatoso

Art. 2.6.5) Indennità forfettaria per Stato Comatoso

La Società, secondo i criteri indicati all'Art. 6.11 "Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, corrisponde l'Indennizzo aggiuntivo forfettario pari ad € 10.000,00 qualora l'Infortunio abbia comportato uno Stato Comatoso dell'Assicurato.

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

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

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

Art. 2.7 Condizioni specifiche (operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

Modifica tabella di valutazione Invalidità Permanente da Infortunio

A) Adozione della tabella INAIL

A parziale deroga di quanto disposto all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, l'Invalidità Permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato 1, parte I (tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente per Industria) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia prevista dalla legge medesima.

Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic

A parziale deroga di quanto disposto alla lettera B.1) Invalidità Permanente Classic (Franchigia 5%) di cui all'Art. 2.5.1 "Garanzie base", l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto sulla base delle seguenti condizioni specifiche:

B) Invalidità Permanente con Franchigia 3%

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

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 3%, l'Indennizzo verrà corrisposto, secondo le condizioni riportate nella Tabella "A2) Condizioni specifiche Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità

Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

C) Invalidità Permanente senza Franchigia

In caso di Invalidità Permanente l'Indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di alcuna Franchigia, secondo le condizioni riportate nella Tabella "A2) Condizioni specifiche Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

D) Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus

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

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

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo verrà corrisposto secondo le condizioni riportate nella Tabella "A2) Condizioni specifiche Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

E) Invalidità Permanente con Franchigie differenziate

Premesso che la Somma assicurata si intende suddivisa in tre parti uguali, in caso di Invalidità Permanente l'Indennizzo verrà corrisposto secondo le seguenti regole:

- per la prima parte della Somma assicurata, senza applicazione di alcuna Franchigia;
- per la seconda parte della Somma assi-

curata non è previsto alcun Indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% (Franchigia);

- per la terza parte della Somma assicurata non è previsto alcun Indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% (Franchigia).

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente superiore alla Franchigia, verrà corrisposto secondo le condizioni riportate nella Tabella "A3) Condizione specifica Invalidità Permanente con Franchigie differenziate" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente"

delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Supervalutazione Invalidità Permanente da Infortunio

F) Supervalutazione specifica per parti anatomiche

Le percentuali di determinazione dell'Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri o dalla Tabella Inail, se operante, si intendono parzialmente modificate come segue:

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

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

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

Resta inteso che per le perdite anatomiche o menomazioni funzionali di arti e organi qui non riportate, si intendono operanti le percentuali di cui all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri o dalla Tabella Inail, se operante.

G) Supervalutazione Indennizzo per Invali- dità Permanente

L'Indennizzo relativo alla garanzia Invalidità Permanente calcolato in base al criterio di liquidazione reso operante in Polizza, dedotta

l'eventuale Franchigia prevista, verrà maggiorato delle percentuali sotto riportate, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, ovvero:

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

Altre coperture

H) Indennità forfettaria per frattura

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

I) Indennità forfettaria per gravi ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza o Malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della stessa, ferme le esclusioni previste all'Art. 3.2 "Esclusioni" della Sezione Malattia, che determini per l'Assicurato:

- un Ricovero in Istituto di Cura, di durata superiore a 7 giorni consecutivi;
- più Ricoveri in Istituto di Cura legati allo stesso Sinistro nel corso di uno stesso Periodo assicurativo per una durata complessiva superiore a 30 giorni di degenza la Società liquida un Indennizzo forfettario aggiuntivo di € 3.000,00 per Annualità assicurativa.

L) Indennità globale per Immobilizzazione

A parziale deroga e ad estensione di quanto previsto all' Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" lettera D.3) "Indennità per Immobilizzazione", la garanzia si intende estesa ai seguenti casi:

- frattura radiologicamente accerta per la quale, a giudizio dei sanitari, non sia necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione;

- Infortunio che richieda l'applicazione di un mezzo di contenzione in assenza di frattura;

- ustioni di II e III grado, termiche o chimiche, che abbiano interessato almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori o il 18% dell'intera superficie corporea e che non abbiano comportato Ricovero in Istituto di Cura.

M) Invalidità Permanente da Danno Estetico

La copertura prestata dalla garanzia Invalidità Permanente già presente in Polizza viene estesa anche agli Infortuni, indennizzabili a termini di Polizza, che abbiano come conseguenza danni permanenti di tipo estetico. Ai fini del calcolo dell'Indennizzo, la valutazione percentuale dei danni estetici permanenti verrà effettuata sulla base della tabella e dei criteri sotto indicati.

Tabella delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti:

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

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso". Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'Indennizzo viene stabilito mediante l'addi-

zione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione.

La Società non corrisponde alcun Indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado inferiore o uguale al 5%; se, invece, essi risultano di grado superiore a tale

percentuale, l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente.

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

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

N) Indennizzo aggiuntivo per Morte da circolazione

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

- CONDUCENTE, abilitato a norma delle disposizioni in vigore, di autovetture, motocicli, ciclomotori, natanti ad uso privato, motocarri ed autocarri adibiti al trasporto di cose per conto proprio, velocipedi
- TRASPORTATO, su mezzi di locomozione pubblici e/o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone; nel caso di veicolo destinato al

trasporto di cose, la garanzia a favore del trasportato è valida in quanto lo stesso si trovi all'interno della cabina di guida

- PEDONE, investito da qualsiasi veicolo la Società, in aggiunta alla somma già assicurata in Polizza per la garanzia Morte, liquida un Indennizzo forfettario di € 50.000,00.

All'Indennizzo aggiuntivo non si applicano le limitazioni previste dall'Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione – Rischi particolari", lettera E) per gli infortuni conseguenti ad eventi naturali catastrofici.

Estensione altri sport

O) Sport Agonistici

A parziale deroga dell' Art. 2.3 "Esclusioni" lettera d), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti dalla pratica degli Sport Agonistici, appartenenti ad una delle categorie di rischio indicata in Scheda di polizza secondo la sotto riportata tabella di classificazione:

Classe di Rischio	Sport compresi	Sport esclusi
1	tutti gli Sport Agonistici ad eccezione di quelli esclusi	<ul style="list-style-type: none">• tennis, golf, immersione senza autorespiratore, nuoto• pallacanestro, pallavolo, atletica, ginnastica, danza• calcio, calcetto, sci, snowboard, sport equestri• ciclismo• Sport ad Alto Rischio, Motoristici e Motonautici, Aerei
2	tutti gli Sport Agonistici compresi <ul style="list-style-type: none">• tennis, golf, immersione senza autorespiratore, nuoto ed ad eccezione di quelli esclusi	<ul style="list-style-type: none">• pallacanestro, pallavolo, atletica, ginnastica, danza• calcio, calcetto, sci, snowboard, sport equestri• ciclismo• Sport ad Alto Rischio, Motoristici e Motonautici, Aerei

3	tutti gli Sport Agonistici compresi <ul style="list-style-type: none"> • tennis, golf, immersione senza autorespiratore, nuoto • pallacanestro, pallavolo, atletica, ginnastica, danza e ad eccezione di quelli esclusi 	<ul style="list-style-type: none"> • calcio, calcetto, sci, snowboard, sport equestri • ciclismo • Sport ad Alto Rischio, Motoristici e Motonautici, Aerei
4	tutti gli Sport Agonistici compresi <ul style="list-style-type: none"> • tennis, golf, immersione senza autorespiratore, nuoto • pallacanestro, pallavolo, atletica, ginnastica, danza • calcio, calcetto, sci, snowboard, sport equestri e ad eccezione di quelli esclusi 	<ul style="list-style-type: none"> • ciclismo • Sport ad Alto Rischio, Motoristici e Motonautici, Aerei
5	tutti gli Sport Agonistici compresi <ul style="list-style-type: none"> • tennis, golf, immersione senza autorespiratore, nuoto • pallacanestro, pallavolo, atletica, ginnastica, danza • calcio, calcetto, sci, snowboard, sport equestri • ciclismo e ad eccezione di quelli esclusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Sport ad Alto Rischio, Motoristici e Motonautici, Aerei

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, e liquidato secondo le condizioni riportate nella Tabella "A4 Condizioni Specifiche - Estensione altri sport" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo della Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l'indicazione della relativa Somma assicurata nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad un Pronto soccorso dipendente da struttura sanitaria.

A parziale deroga dell' Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C.1), per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

P) Sport ad Alto Rischio

A parziale deroga dell'Art. 2.3 "Esclusioni" lettera e) e dell'Art. 2.7 "Condizioni Specifiche" lettera O) Sport Agonistici, se operante, nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti dalla pratica degli Sport ad Alto Rischio anche quando effettuati come Sport Agonistici.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà

determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, e liquidato secondo le condizioni riportate nella Tabella "A4 Condizioni Specifiche - Estensione altri sport" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo della Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l' indicazione della relativa Somma assicurata nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad un Pronto soccorso dipendente da struttura sanitaria.

A parziale deroga dell' Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C.1), per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

Q) Sport Motoristici e Motonautici

A parziale deroga dell' Art. 2.3 "Esclusioni" lettera f) e dell'Art. 2.7 "Condizioni Specifiche" lettera O) Sport Agonistici, se operante, nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Motoristici o Motonautici, anche quando effettuati come Sport Agonistici.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, e liquidato secondo le condizioni riportate nella Tabella "A4 Condizioni Specifiche - Estensione altri sport" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo della Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l'indicazione della relativa Somma assicurata nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le

prime cure ad un Pronto soccorso dipendente da struttura sanitaria.

A parziale deroga dell' Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C.1), per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

R) Sport Aerei

A parziale deroga dell' Art. 2.3 "Esclusioni" lettera g) e dell'Art. 2.7 "Condizioni Specifiche" lettera O) Sport Agonistici, se operante, nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Aerei, anche quando effettuati come Sport Agonistici.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base a quanto previsto dall'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, e liquidato secondo le condizioni riportate nella Tabella "A4 Condizioni Specifiche - Estensione altri sport" di cui all'Art. 6.6 "Criteri di Indennizzo della Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l' indicazione della relativa Somma assicurata nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato il ricorso per le prime cure ad un Pronto soccorso dipendente da struttura sanitaria.

A parziale deroga dell' Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari (opzionali)" lettera C.1), per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, verrà sempre applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200,00.

Estensione al Nucleo Familiare

S) Copertura Nucleo Familiare

L'Assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo

Nucleo Familiare nonché per le persone specificatamente indicate nella Scheda di polizza. Sono esclusi gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento delle attività Assicurabili con Patto Speciale di cui all'ALLEGATO - TABELLA DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI allegata alle Condizioni di Assicurazione.

Premesso che le Somme assicurate indicate nella Scheda di polizza si intendono prestate globalmente e per anno assicurativo, a favore di tutte le persone assicurate, ai fini della liquidazione dell'Indennizzo resta inteso che:

1) per ciascuna persona assicurata, le somme vengono garantite in misura massima pari al 50% di quelle indicate nella Scheda di polizza ed alle quali verranno applicati i criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna

- 2) garanzia dalle Condizioni di Assicurazione; qualora per modifica del Nucleo Familiare o per effetto della previsione di cui all'Art. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione" delle Norme che regolano il Contratto in Generale, le persone Assicurate si riducessero, in corso di contratto, ad una sola unità, le Somme assicurate saranno ad esso attribuite al 100%;
- 3) in caso di evento in cui vengano coinvolte più persone assicurate, le somme indicate nella Scheda di polizza saranno equamente suddivise in base al numero dei componenti coinvolti nell'evento; fermo restando quanto stabilito dai criteri di Indennizzo operanti e previsti per ciascuna garanzia dalle Condizioni di Assicurazione.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

SEZIONE INFORTUNI			
GARANZIE BASE		LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
A) Morte		Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. Rimpatrio salma: 10% Somma assicurata per la morte con il massimo di € 10.000. Stato Comatoso Irreversibile: Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	-
B) Invalidità Permanente	Invalidità Permanente Classic	250% della Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 5% . Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 15%
	Invalidità Permanente Top Target	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 30%
	Invalidità Permanente Rendita vitalizia	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 60%

GARANZIE SUPPLEMENTARI (OPZIONALI)		LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
C) Rimborso spese mediche da Infortunio		<ul style="list-style-type: none"> • In caso di utilizzo di strutture convenzionate UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale: Somma assicurata indicata in Scheda di polizza + € 1.000 • In caso di utilizzo di strutture non convenzionate UniSalute: Somma assicurata indicata in Scheda di polizza <p>Trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: limite del 50% della Somma assicurata</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuno Scoperto in caso di utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale • Scoperto 10% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 e il massimo di € 250,00 per ogni Infortunio in caso di utilizzo di strutture non convenzionate con UniSalute
D) Indennità da Infortunio	Indennità per Ricovero	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. In caso di Day Hospital: 50% della Somma assicurata. In caso di Ricovero all'estero Somma assicurata maggiorata del 50% Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	-
	Indennità Ricovero e Convalescenza	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day Hospital Massimo 90 giorni per ogni Infortunio	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi
	Indennità per Immobilizzazione	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	-

E) Inabilità Temporanea da Infortunio	Inabilità Integrale	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza per ogni giorno di totale o parziale incapacità fisica Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	<p>Franchigia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 giorni fino a € 50 • 15 giorni per la parte di Somma assicurata eccedente € 50 <p>Nessuna franchigia in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero di almeno 2 giorni • Day Hospital con Intervento chirurgico
	Inabilità Parziale	<p>Somma assicurata indicata in Scheda di polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • al 100% per ogni giorno di totale incapacità fisica • al 50% per ogni giorno di parziale incapacità fisica <p>Massimo 365 giorni per ogni Infortunio</p> <p>Somma assicurata sempre al 100% se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi o 30 giorni complessivi • Immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi • Invalidità Permanente di grado superiore al 15% • Prime cure prestate da Pronto Soccorso <p>Massimo 90 giorni per ogni Infortunio</p>	
	Inabilità Totale	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza per ogni giorno di totale incapacità fisica Massimo 365 giorni per ogni Infortunio	

GARANZIE SUPPLEMENTARI (SEMPRE OPERANTI)		LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
Protezione Figli	Supervalutazione futuro protetto	Raddoppio delle somme assicurate per Morte con il limite di maggiore esborso di € 200.000	-
	Perdita anno scolastico	€ 2.500	-
	Invalidità Permanente minori non assicurati	Rimborso spese di cura fino ad un massimo di € 10.000 se assicurati entrambi i genitori e figlio di età inferiore a 2 anni	Vedere garanzia C) Rimborso spese mediche da Infortunistico
	Invalidità Permanente minorenni assicurati	Maggiorazione del 50% della Somma assicurata per Invalidità Permanente	-
Stato comatoso		€ 10.000	

CONDIZIONI SPECIFICHE (OPERANTI SE INDICATE IN SCHEDA DI POLIZZA)	LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
A) Adozione Tabella Inail	-	-
B) Invalidità Permanente con Franchigia 3%	250% della Somma assi- curata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 3% . Nessuna Franchigia per Invalidità Perma- nente accertata pari o superiore al 15%
C) Invalidità Permanente senza Franchigia		Nessuna Franchigia
D) Invalidità permanente con Franchigia UnipolSai Plus		Franchigie ridotte nei primi cinque punti di Invalidità Permanente. Nessuna Franchigia per Invalidità Perma- nente accertata pari o superiore al 15%
E) Invalidità permanente con Franchigie differenziate		Suddividendo la som- ma assicurata in tre parti uguali: • Nessuna Franchigia sulla prima parte di Somma assicurata • Franchigia 3% sulla seconda parte di Som- ma assicurata • Franchigia 5% sulla terza parte di Somma assicurata
F) Supervalutazione specifica per parti anatomiche		250% della Somma assi- curata indicata in Scheda di polizza
G) supervalutazione Indennizzo per Invalidità Permanente	375% della Somma assi- curata indicata in Scheda di polizza	-
H) Indennità forfettaria per frattura	€ 200	-
I) Indennità forfettaria per gravi ricoveri a seguito di Infortunio o Malattia	€ 3.000	Franchigia: • 7 giorni in caso di Ricovero • 30 giorni complessivi in caso di più Ricoveri

L) Indennità globale per Immobilizzazione	Vedere garanzia D.3) Indennità per Immobilizzazione	-
M) Invalidità Permanente da Danno Estetico	250% della Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	-
N) Indennizzo aggiuntivo per Morte da circolazione	€ 50.000	
O) Sport agonistici	Per le garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso spese mediche Somma assicurata indicata in Scheda di polizza	Per la garanzia Invalidità Permanente: Franchigia 5% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 15% Per la garanzia Rimborso spese mediche: Scoperto 10% con il minimo di € 200 in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute
P) Sport ad Alto Rischio		
Q) Sport Motoristici e Motonautici	La garanzia Rimborso spese mediche opera solo in caso di ricorso per le prime cure ad un Pronto Soccorso	Per la garanzia Invalidità Permanente: Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 25% Per la garanzia Rimborso spese mediche: Scoperto 10% con il minimo di € 200 in caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute
R) Sport aerei		
S) Copertura Nucleo Familiare	Somme assicurate indicata in Scheda di polizza al 50% per ogni Assicurato ; l'esborso massimo non può superare il 100% della Somma assicurata in Scheda di polizza per singolo evento	

3. SEZIONE MALATTIA

Art. 3.1 – Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate nella Scheda di polizza, una indennità giornaliera in caso di:

- Ricovero in Istituto di Cura;
- Day hospital

reso necessario da Malattia, parto o aborto terapeutico, manifestatasi successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione e prima della sua cessazione.

Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) patologie preesistenti alla decorrenza delle garanzie e note all'Assicurato; qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, la presente esclusione è limitata alle sole patologie preesistenti e note all'Assicurato alla decorrenza della Polizza sostituita;
- b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- d) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- e) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina

ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicata sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;

- h) Ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronici, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- i) le cure odontoiatriche e delle parodontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- m) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
- n) H.I.V. e gli stati patologici correlati ad essa.

Art. 3.3 – Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa

Fermo il disposto dell' Art. 1.3 "Decorrenza della garanzia" delle Norme che Regolano il Contratto in Generale la copertura relativamente alla Sezione Malattia decorre:

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

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

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

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

Art. 3.4 – Garanzie base (operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

A) Indennità per Ricovero

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

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

L'indennità verrà corrisposta anche nel caso di Ricovero di durata superiore a 15 giorni reso necessario da alterazione dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico e non sia dipendente da Infortunio, anche se clinicamente non diagnosticata durante il periodo di degenza.

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

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

B) Indennità per Ricovero e Convalescenza

In aggiunta a quanto sopra previsto alla garanzia A) Indennità per Ricovero, la Società corrisponderà una indennità di Convalescenza per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o di Day Hospital, purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi, senza alcun obbligo di certificazione medica e comunque per un periodo massimo di 90 giorni per ogni Malattia denunciata.

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

La garanzia non è operante per:

- Parto non cesareo o aborto non terapeutico;
- Malattie della gravidanza e del puerperio.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

SEZIONE MALATTIA		
GARANZIE BASE	LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
A) Indennità per Ricovero	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. In caso di Day Hospital: 50% della Somma assicurata. Massimo 365 giorni per ogni Malattia.	-
B) Indennità per Ricovero e Convalescenza	Somma assicurata indicata in Scheda di polizza. Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day Hospital. Massimo 90 giorni per ogni Malattia. Massimo 30 giorni per le Malattie congenite	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi

4. SEZIONE SALVAPREMIO

Art. 4.1 – Garanzia base

Oggetto dell'Assicurazione

La Società, premesso che l'Assicurato della presente garanzia è solo il Contraente e a condizione che si tratti di persona fisica, si obbliga a corrispondere allo stesso un Indennizzo, per Sinistro e per Periodo Assicurativo, di importo pari all'ultimo Premio annuo lordo, indicato nella Scheda di polizza o nell'ultima quietanza di rinnovo, in conseguenza dei seguenti eventi:

a) Infortunio

dell'Assicurato, che al momento del Sinistro non sia Lavoratore Dipendente, che abbia determinato una prognosi certificata da pronto soccorso, o da Istituto di Cura in caso di Ricovero, superiore a 45 giorni (Franchigia).

Per la determinazione dei giorni di Franchigia, nel caso in cui l'Infortunio abbia determinato un Ricovero, i giorni di degenza in Istituto di Cura verranno sommati ai giorni di prognosi indicati nel certificato di dimissione.

b) Perdita d'impiego

dell'Assicurato, che al momento del Sinistro sia Lavoratore Dipendente, a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo".

La copertura assicurativa viene prestata con una Franchigia di 45 giorni.

Il periodo di Franchigia inizia il primo giorno di inattività lavorativa.

Se lo stato di disoccupazione ha una durata inferiore alla Franchigia, nessun Indennizzo è dovuto; se invece ha una durata superiore, la Società corrisponde l'Indennizzo così come indicato nell'oggetto dell'Assicurazione.

La presente garanzia decorre dopo 90 giorni successivi alla data di effetto dell'Assicurazione, limitatamente alla sola prima annualità. Nel caso in cui il presente contratto sostituiscia, senza solu-

zione di continuità, un contratto avente le medesime garanzie, i predetti termini di carenza si intendono abrogati.

Art. 4.2 - Esclusioni

L'Assicurazione, in aggiunta alle esclusioni previste dall'Art. 2.3 "Esclusioni" della Sezione Infortuni, qui confermate, relativamente alla garanzia Perdita d'Impiego non è operante per:

1. licenziamenti dovuti a "giusta causa" o a motivi disciplinari;
2. licenziamenti tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
3. dimissioni;
4. cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) e contratti di lavoro intermittente;
5. contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
6. licenziamenti a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
7. risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
8. messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
9. situazioni di disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
10. cessazione del rapporto di lavoro durante il periodo di prova.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

SEZIONE SALVAPREMIO		
GARANZIE BASE	LIMITI E SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
A) Infortunio	Premio annuo lordo di Polizza	Franchigia: 45 giorni di prognosi certificata da Pronto Soccorso o da Istituto di Cura in caso di Ricovero
B) Perdita d'impiego		Franchigia: 45 giorni di inattività lavorativa

5. SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.1 – Oggetto dell'Assicurazione

Premesso che la presente garanzia, se espressamente indicata in Scheda di polizza, opera nei confronti di tutti gli Assicurati per cui risulti attiva la sezione Infortuni, la Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni descritte all'Art. 5.2 "Garanzie base".

Art. 5.2 – Garanzie base

I seguenti servizi vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, contattabile secondo le modalità riportate all'Art. 6.17 "Modalità di richiesta di Assistenza e denuncia del Sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Prestazioni erogate in Italia e all'estero

Pareri medici e informazioni

1) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

2) Pareri medici immediati

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

richiesti.

3) Medical second opinion (secondo parere medico)

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

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

La Struttura Organizzativa:

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

Nel caso in cui l'Assicurato decida di richiedere la medical second opinion, dovrà restituire all'Équipe medica il fax sottoscritto per accettazione del preventivo dei costi che rimangono a suo carico e per l'autorizzazione al trattamento dei dati personali (Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003).

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

La Società si fa carico dei seguenti costi:

- spedizione al professionista della documentazione ricevuta dall'Assicurato;
- traduzione della documentazione e la conversione informatica delle immagini per la successiva trasmissione al professionista incaricato;
- traduzione della risposta del professionista;
- restituzione di tutta la documentazione all'Assicurato;
- eventuale integrazione telefonica di in-

formazioni che l'Assicurato richiederà all'Équipe medica con possibile ulteriore contatto con il professionista per un ulteriore approfondimento;

- contatti professionali con l'Équipe medica e con la Struttura Organizzativa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i seguenti costi:

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

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

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

La garanzia è operativa **previo consenso dell'Assicurato** e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali" - DLgs 196/2003.

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

Prima assistenza nelle urgenze sanitarie

4) Invio di un medico

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

5) Rientro sanitario con autoambulanza

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

6) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

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

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

1 ora al giorno per 7 giorni.

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

7) Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

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

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

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

8) Consulenza psicologica-psicoterapica

a) Incidente stradale con decesso

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

Il professionista convenzionato valuterà le condizioni psichiche dell'Assicurato ed even-

tualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico.

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

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

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

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

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

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

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

Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione

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

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

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

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

AMPUTAZIONI:

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

APPARATO GENITALE:

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

CICATRICI:

cutanee gravemente deturpanti al volto o non al volto.

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

ESITI DI GRAVE POLITRAUMA:

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

ESITI DI TRAUMA CRANICO:

gravi esiti neurologici di trauma cranico, con

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

LESIONI DEGLI ORGANI INTERNI:

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

PERDITA DI VISTA O UDITO:

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

9) Invio baby-sitter

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

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

10) Invio badante

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

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

11) Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa.

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

12) Consegna esiti al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa.

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

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

13) Prelievo campioni biologici

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, la Struttura Organizzativa organizzerà il prelievo presso l'abitazione dell'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.

Il costo degli esami e degli accertamenti dia-

gnostici effettuati presso i laboratori di analisi rimane a carico dell'Assicurato.

PRESTAZIONI EROGATE ALL'ESTERO E DI ASSISTENZA IN VIAGGIO

14) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

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

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

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

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

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

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

15) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di Ricovero ospedaliero all'estero dell'Assicurato che superi i 10 giorni, la Strut-

tura Organizzativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

16) Interprete a disposizione all'estero

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

17) Prolungamento del soggiorno

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

18) Rientro di minori

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

19) Rientro a seguito di Ricovero ospedaliero

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, l'Assicurato necessiti di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assicurato e di un parente residente in Italia, mettendo loro a disposizione un biglietto ae-

reo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico.

20) Trasporto salma

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

Art. 5.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

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

6. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 6.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

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

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

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

Relativamente alle garanzie Infortuni sotto riportate, valgono le seguenti disposizioni:

- **Inabilità Temporanea:** l'Indennizzo per Inabilità Temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato.
- In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di Inabilità certificati.
- **Indennità per Ricovero o per Ricovero e Convalescenza:** la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del Ricovero o del Day Hospital, deve essere presentata alla Società entro il centoventesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.
- **Indennità per Immobilizzazione:** la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione, deve essere presentata alla Società entro il centoventesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

Art. 6.2 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni

patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o Difetto fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 6.3 Attività diversa da quella dichiarata in Polizza

In caso di Sinistro, fatte salve le esclusioni

contrattuali, l'Indennizzo verrà determinato come segue:

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

	Attività professionale dichiarata in Polizza			
Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Classe A	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe B	-15%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe C	-30%	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe D	-50%	-30%	-20%	Nessuna riduzione

La classificazione delle attività professionali è riportata nell'allegato "Tabella delle attività professionali".

Per la classificazione di attività eventualmen-

te non specificate nel citato elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad attività elencata.

Art. 6.4 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza dell'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore.

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

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

Art. 6.4.1 - Morte presunta

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

Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli articoli 726 e 727 del codice di procedura

civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione).

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

Art. 6.4.2 - Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile

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

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

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

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, qualora dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente

che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia Morte; in caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte.

- rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 6.5 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente

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

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica

lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;

- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

Arto/Organo	% di Invalidità Permanente in caso di perdita totale anatomica o funzionale
Un arto superiore	70%
Una mano o avambraccio	60%
Un pollice	18%
Un indice	14%
Un medio	8%
Un anulare	8%
Un mignolo	12%
Una falange del pollice	9%
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
Un piede	40%

Entrambi i piedi		100%
Un alluce		5%
Un altro dito del piede		1%
Una falange dell'alluce		2,5%
Un arto inferiore al disopra del ginocchio		60%
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile		2%
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio		50%
Un occhio		25%
Entrambi gli occhi		100%
Un rene		15%
Sordità completa di un orecchio		10%
Sordità completa di entrambi gli orecchi		40%
Perdita totale della voce		30%
Esiti di frattura scomposta di una costa		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	una vertebra cervicale	12%
	una vertebra dorsale	5%
	12° dorsale	10%
	una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo.		2%
Esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile		3%
Instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore		9%
Rottura sottocutanea di un tendine del bicipite branchiale		5%
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo		9%
Rottura sottocutanea del tendine di Achille		4%

Ar. 6.6 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, ap-

plicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante.

TABELLA DI INDENNIZZO:

A1) Garanzie base

Grado di Invalidità Accertato	Invalidità Permanente Classic (Franchigia 5%) Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Invalidità Permanente Top Target (Franchigia 30 %) Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	0
7	2	0
8	3	0
9	4	0
10	5	0
11	6	0
12	7	0
13	8	0
14	9	0
15	15	0
16	16	0
17	17	0
18	18	0
19	19	0
20	20	0
21	21	0
22	22	0
23	23	0

24	24	0
25	25	0
26	26	0
27	27	0
28	28	0
29	29	0
30	30	0
31	47	100
32	48	100
33	50	100
34	51	100
35	53	100
36	54	100
37	56	100
38	57	100
39	59	100
40	60	100
41	62	100
42	63	100
43	65	100
44	66	100
45	68	100
46	69	100
47	71	100
48	72	100
49	74	100
Da 50 a 79	100	100
Da 80 a 99	150	100
100	250	100

A2) Condizioni specifiche Modifica Franchigia Invalidità Permanente Classic

Grado di Invalidità Accertato	B) Invalidità Permanente Franchigia 3% Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	C) Invalidità Permanente <u>SENZA FRANCHIGIA</u> Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	D) Invalidità Permanente UnipolSai Plus Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	1	0,3
2	0	2	0,6
3	0	3	1
4	1	4	1,5
5	2	5	2
6	3	6	3
7	4	7	4
8	5	8	5
9	6	9	6
10	7	10	7
11	8	11	8
12	9	12	9
13	10	13	10
14	11	14	11
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28

29	29	29	29
30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74
Da 50 a 79	100	100	100
Da 80 a 99	150	150	150
100	250	250	250

A3) Condizione specifica Invalidità Permanente con Franchigie differenziate

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata		
	Sul 1°/3 della Somma assicurata	Sul 2°/3 della Somma assicurata	Sul 3°/3 della Somma assicurata
1	1	0	0
2	2	0	0
3	3	0	0
4	4	1	0
5	5	2	0
6	6	3	1
7	7	4	2
8	8	5	3
9	9	6	4
10	10	7	5
11	11	8	6
12	12	9	7
13	13	10	8
14	14	11	9
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29

30	30	30	30
31	47	47	47
32	48	48	48
33	50	50	50
34	51	51	51
35	53	53	53
36	54	54	54
37	56	56	56
38	57	57	57
39	59	59	59
40	60	60	60
41	62	62	62
42	63	63	63
43	65	65	65
44	66	66	66
45	68	68	68
46	69	69	69
47	71	71	71
48	72	72	72
49	74	74	74
Da 50 a 79	100	100	100
Da 80 a 99	150	150	150
100	250	250	250

A4) Condizioni specifiche – Estensione altri sport

Grado di Invalidità Accertato	O) Sport Agonistici Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	P) Sport Alto Rischio in genere Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Q) Sport Motoristici/ Motonauti Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	R) Sport Aerei Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1	0	0
7	2	2	0	0
8	3	3	0	0
9	4	4	0	0
10	5	5	0	0
11	6	6	1	1
12	7	7	2	2
13	8	8	3	3
14	9	9	4	4
15	15	15	5	5
16	16	16	6	6
17	17	17	7	7
18	18	18	8	8
19	19	19	9	9
20	20	20	10	10
21	21	21	11	11
22	22	22	12	12
23	23	23	13	13
24	24	24	14	14
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28

29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
Da 60 a 100	100	100	100	100

Art. 6.7 - Ernie traumatiche o da Sforzo

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

- se l'ernia, secondo parere medico, risulta operabile, e la stessa non abbia residuo una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una indennità giornaliera pari ad 1/100 della Somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per un durata pari al periodo di Ricovero necessario al relativo Intervento chirurgico. Tale indennità è cumulabile con le altre indennità previste dal contratto;
- 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. 6.19 "Arbitrato irrituale".

Art. 6.8- Eventi naturali catastrofici

Solo se operante in Scheda di polizza la garanzia Invalidità Permanente Classic, limitatamente agli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni, l'Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 6.5 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, verrà liquidata secondo le modalità di seguito riportate:

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	1
12	2
13	3
14	4
15	15
16	16
17	17

18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59
40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
Da 50 a 79	100
Da 80 a 99	150
100	250

Art. 6.9 - Criteri di Indennizzo della Garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società ha affidato la gestione, trattazione e liquidazione dei Sinistri relativi alla garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio a UniSalute.

Art. 6.9.1 - Denuncia del Sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 0516389048 se all' estero, specificando la prestazione richiesta.

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

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Struttura Organizzativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi Art. 6.9.2 "Prestazioni effettuate in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute", 6.9.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati", 6.9.4 "Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Struttura Organizzativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'Art. 6.9.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati" e all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni" lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute".

Art. 6.9.2 - Prestazioni effettuate in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie previste nel contratto.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie del contratto, eccedenti la Somma assicurata o non autorizzate. Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una prestazione durante il Ricovero o extraricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art.6.9.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati" e all'Art.2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni" lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute".

Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Art. 6.9.3 - Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipoI Sai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO":

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero copia dei certificati medici di prescrizione. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte. Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità di cui all'Art 2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" punto C.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lettera b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute" al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 6.9.4 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i Ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spe-

se sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti Artt. 6.9.2 "Prestazioni effettuate in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute" o 6.9.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati".

Art. 6.9.5 - Gestione documenti di spesa

a) Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'Anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 6.9.6 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di Cura, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di Cura o rimborsate al Cliente stesso.

Art. 6.10 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Indennità da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio di cui all'Art. 2.5.2 "Garanzie supplementari opzionali" (lettere D) ed E), valgono le norme riportate nelle singole sezioni di garanzia.

Art. 6.11 - Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso

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

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

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

Art. 6.12 - Anticipo Indennizzo

A) Per Inabilità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al

50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 50.000,00 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

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

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

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

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

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

NORME PER LA SEZIONE MALATTIA

Art. 6.13 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società o all'agenzia a cui è assegnato il contratto, entro 10 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o - in caso di impedimento per le conseguenze riportate - dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico. In caso di Ricovero l'Assicurato dovrà trasmettere copia della cartella clinica conforme all'originale. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

Art. 6.14 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità per Ricovero e Indennità per Ricovero e Convalescenza

Per l'Indennizzo delle prestazioni relative alle garanzie Indennità giornaliera per Ricovero e Indennità giornaliera per Ricovero e Convalescenza cui all'Art. 3.4 "Garanzie prestate" (lettere A) e B), valgono le norme previste nelle singole sezioni di garanzia.

NORME PER LA SEZIONE SALVAPREMIO

Art. 6.15 - Criteri di Indennizzo

Per i Sinistri avvenuti nel corso di ciascuna Annualità assicurativa, l'erogazione dell'importo annuo indennizzabile avviene, solo in caso di rispetto delle Franchigie contrattualmente previste per ciascuna copertura assi-

curativa, indipendentemente dal fatto che la chiusura del Sinistro superi temporalmente la scadenza contrattuale annua.

Art. 6.16 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società o all'agenzia a cui è assegnato il contratto, entro 10 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

Per tutti i pagamenti della Società, deve essere consegnata alla stessa idonea documentazione atta a verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare, ove ricorra il caso, gli aventi diritto.

I documenti da consegnare necessari per ciascuna garanzia sono (salvo integrazioni richieste dalla Società):

- Perdita d'Impiego: documentazione atta ad attestare il licenziamento per giustificato motivo oggettivo e il permanere dello stato di disoccupazione;
- Infortunio: certificazione rilasciata da pronto soccorso o Istituto di Cura attestante i giorni di prognosi connessi all'Infortunio subito.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti solo nel caso in cui quelli sopra elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare gli aventi diritto, ove ricorra il caso, o in relazione a particolari esigenze istruttorie, anche in seguito ad intervenute modifiche legislative.

L'Assicurato od i suoi aventi causa devono inoltre:

- sciogliere da ogni riserbo i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Società, il costo delle quali sarà a totale carico della Società medesima.

Le denunce saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 6.17 - Modalità di richiesta di Assistenza e denuncia del Sinistro

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

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

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

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

no al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indenizzabilità del Sinistro.

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

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

Norme comuni per TUTTE LE SEZIONI

Art. 6.18 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 6.19 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vic-

ALLEGATO - TABELLA DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

CLASSE DI RISCHIO A

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

- Agente imposte
- Agente teatrale
- Annunciatrice
- Antiquario con sola attività di vendita
- Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Armatore
- Arredatore
- Assistente sociale
- Avvocato / Procuratore legale
- Bambino in età prescolare
- Bibliotecario
- Bidello
- Bigliettaio/Controllore di cinema e teatri
- Biologo
- Botanico
- Call center addetto
- Cameraman
- Capostazione
- Cassiere
- Centralinista
- Commercialista
- Corista
- Enologo
- Giornalaio
- Giornalista/cronista occupato solo in ufficio
- Hostess di terra
- Impiegato
- Ingegnere che non accede a cantieri
- Insegnante
- Interprete
- Mobiliere addetto alla vendita
- Modella/o
- Personale diplomatico in paesi UE
- Personale diplomatico in Resto del mondo
- Presentatore
- Preside
- Professore universitario
- Programmatore / addetto alla progettazione, assistenza di sistemi informatici
- Psicanalista
- Religioso
- Ricercatore Scientifico
- Sceneggiatore / Scrittore
- Traduttore
- Ufficiale giudiziario

CLASSE DI RISCHIO B

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

- Accalappiacani
- Addetto alle pulizie
- Addetto pompe funebri
- Agente di assicurazione
- Agente di borsa
- Agente di cambio
- Agente di commercio
- Agente di viaggio
- Agente immobiliare
- Agricoltore senza uso di trattore
- Agronomo
- Albergatore
- Allevatore di animali comuni diversi da bovini, equini, suini
- Amministratore di condominio
- Analista finanziario
- Animatore di villaggi turistici
- Artista
- Apicoltore
- Ascensorista
- Attore
- Baby sitters
- Badante
- Bagnino
- Barbiere /Parrucchiere
- Barcaiole addetto al trasporto di persone
- Barista
- Bigliettaio/Controllore su mezzi di trasporto
- Broker di assicurazione
- Calzolaio
- Callista
- Cancelliere
- Cantante
- Casalinga
- Casaro
- Ceramista
- Cesellatore
- Chimico/Analista Chimico in laboratorio di analisi escluso il trattamento di materie esplodenti
- Commesso, anche addetto al trasporto e consegna
- Concessionario di veicoli
- Corniciaio
- Critico d' arte
- Consulente del lavoro
- Cromatore / Brunitore
- Croupier

- Eletttricista
- Elettrotecnico
- Escavatorista
- Fabbro/Serramentista
- Facchino
- Fattorino
- Ferroviere macchinista
- Fiorista
- Floricoltore
- Fuochista
- Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
- Gioielliere addetto alla vendita
- Grafico
- Gruista
- Guardia forestale
- Guardia giurata
- Guardia notturna
- Guida turistica
- Imprenditore
- Ingegnere che accede a cantieri
- Lavandiere
- Maniscalco
- Netturbino / Operatore ecologico
- Operaio
- Orafo / Orefice / Orologiaio
- Pellettiera / Pellicciaio
- Pescatore
- Piazzista
- Pittore
- Pony express
- Politico/Amministratore pubblico titolare di carica istituzionale territoriale
- Portavalori
- Postino
- Rappresentante
- Restauratore
- Rigattiere
- Riparatore di macchine per ufficio, computer, elettrodomestici
- Rosticciere
- Saldatore
- Salumiere
- Sarto
- Scultore
- Segretario nella pubblica amministrazione
- Spedizioniere
- Stagnino / Lattoniere
- Stalliere
- Stilista
- Stiratrice
- Stradino

- Tappezziere
- Tassista
- Toelettatura per animali
- Tornitore
- Tranviere
- Veterinario
- Vetraio
- Vigilantes
- Vigile urbano

CLASSE DI RISCHIO D

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

- Addetto all' abbattimento di piante
- Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione
- Agente di custodia
- Allenatore sportivo
- Asfaltatore
- Attacchino
- Barcaiolo addetto al trasporto di cose, compreso carico e scarico
- Benestante
- Boscaiolo
- Carrozziere
- Cavaiolo senza uso di mine
- Chimico/Analista chimico in laboratorio di analisi compreso il trattamento di materie esplodenti
- Coniatore
- Costumista
- Decoratore / Intarsiatore non in laboratorio
- Demolitore
- Disinfestatore
- Ebanista / Falegname
- Fresatore
- Giardiniere / Potatore
- Gommista
- Idraulico
- Imbianchino / Verniciatore
- Impagliatore
- Incisore di metalli
- Incisore di ogni altro materiale
- Istruttore sportivo
- Levigatore di pavimenti
- Macellaio
- Magliaia
- Marmista escluso utilizzo di mine
- Meccanico / Autoriparatore
- Mobiliere addetto alla fabbricazione

- Modellista
- Modista
- Mugnaio
- Muratore
- Pavimentatore / Piastrellista
- Pittore anche su impalcature e ponti
- Posatore di parquet
- Pranoterapista
- Ricamatrice
- Scalpellino solo a terra
- Tipografo

ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

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

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

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

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente.

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente [c.c. 49] il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia.

In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente.

Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

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

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

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

La dichiarazione di Morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di Morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

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

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al

modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

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

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

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

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

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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la

somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 – Diminuzione del rischio

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

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione

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

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquat-

tro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione;

l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1907 - Assicurazione parziale

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente 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. 1914 - Obbligo di salvataggio

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

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

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

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

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

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

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

Art. 2033 - Indebito oggettivo

Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in mala fede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assi-

curazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

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.

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 726 - Domanda per la dichiarazione di morte presunta

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

Art. 727 - Pubblicazione della domanda

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

3

INFORMATIVA PRIVACY

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

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

Gentile Cliente,

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

QUALI DATI RACCOGLIAMO

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

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

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in

violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

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

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

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

- Note -

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le

finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.

- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riasicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (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, registrazione 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 comunica-

- zione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
 - 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o in Paesi dell'Unione Europea, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate.
 - 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
 - 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40126 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione
e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it