



la tua protezione

Contratto di Assicurazione
Infortuni

RISCHI DI CIRCOLAZIONE SU VEICOLI IDENTIFICATI

Modello 1033 - Ed. 01.07.2014

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

Divisione 

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

NOTA INFORMATIVA	Pagina
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 6
1 Informazioni generali	2 di 6
2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 6
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 6
3 Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2 di 6
4 Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio	3 di 6
5 Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	3 di 6
6 Premi	3 di 6
7 Diritto di recesso	3 di 6
8 Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 6
9 Legge applicabile	4 di 6
10 Regime fiscale	4 di 6
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	4 di 6
11 Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	4 di 6
12 Reclami	4 di 6
13 Arbitrato irrituale	4 di 6
• Glossario	5 di 6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pagina
• Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni	2 di 6
• Norme contrattuali comuni	6 di 6
INFORMATIVA PRIVACY	Pagina
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 2

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione infortunati “Rischi di circolazione su veicoli identificati” (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 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'articolo 23 – Tacita proroga della polizza - delle “Norme Contrattuali Comuni” per gli aspetti di dettaglio.

Se in polizza è espressamente pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta.

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni di assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

- a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortunati che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Si rinvia agli articoli 8, 9, 12, 13 e 14 delle “Norme che regolano l'Assicurazione Infortunati” per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli delle sezioni “Norme che regolano l'Assicurazione Infortunati” e “Norme contrattuali comuni”. Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza, e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle sezioni “Norme che regolano l'Assicurazione Infortunati”. Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza, e relativi allegati, che integrano e/o derogano al contratto.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, massimali/somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente:

1° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 5% sulla parte di somma assicurata superiore ad € 130.000,00

Invalidità Permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) x € 100.000,00 = € 7.000,00

in quanto, se la somma assicurata risulta pari o inferiore a € 130.000,00, non opera alcuna franchigia.

2° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 200.000,00

Franchigia: 5% sulla parte di somma assicurata superiore ad € 130.000,00

Invalidità Permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) x € 130.000,00 = € 9.100,00 + 7% (I.P. accertata) - 5% (franchigia) = 2% x € 70.000,00 = € 1.400,00 = € 10.500,00

in quanto sulla parte di somma assicurata superiore ad € 130.000,00 viene applicata la franchigia del 5%.

Meccanismo di funzionamento del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso Spese Mediche:

1° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 3.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese mediche: € 2.000,00

Rimborso da liquidare: € 2.000,00 in quanto l'importo delle spese sostenute risulta inferiore alla somma assicurata in polizza

2° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 3.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese mediche: € 5.000,00

Rimborso da liquidare: € 3.000,00 in quanto l'importo delle spese sostenute risulta superiore alla somma assicurata in polizza.

Avvertenza: le coperture Infortuni sono prestate fino alla scadenza annuale del contratto successiva al compimento da parte dell'Assicurato del settantacinquesimo anno di età come indicato all'articolo 4 - Limiti di età - delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del

Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 22 - Dichiarazioni del Contraente - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio. Si rinvia all'articolo 25 - Aggravamento del rischio - e all'articolo 26 - Diminuzione del rischio - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio. Essendo il contratto stipulato per i soli rischi della circolazione, la variazione della professione dell'Assicurato non costituisce modificazione del rischio.

Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano invece la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Successivamente alla stipula del contratto viene modificata la destinazione d'uso del veicolo assicurato in polizza per gli infortuni del conducente che da "autovettura ad uso privato" diviene "autovettura in servizio pubblico di taxi". Se il Contraente non comunica alla Società questa modifica del rischio, in caso di sinistro la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto viene assicurato per gli infortuni del conducente un "Motociclo". Successivamente tale mezzo viene destinato alla rottamazione e sostituito con un "Autovettura ad uso privato". In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

6. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali anticipate, senza oneri aggiuntivi sul premio della singola rata.

Si rinvia all'articolo 21 - Pagamento del premio ed Effetto delle garanzie - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società o l'intermediario assicurativo possono applicare sconti sul premio di polizza qualora vengano pattuite con il Contraente limitazioni della garanzia prevista dalle Condizioni di Assicurazione e/o sulla base di specifiche valutazioni di carattere tecnico/commerciale.

7. Diritto di recesso

Avvertenza: nel caso in cui la polizza abbia durata poli-

nale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 23 - Tacita proroga della polizza - delle "Norme Contrattuali Comuni".

8. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice Civile).

9. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

10. Regime fiscale

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

Il premio delle garanzie previste dal contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo la seguente aliquota attualmente in vigore:

a) Infortuni: 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. L'Assicurato o il Contraente o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni dal sinistro o da quando ne hanno avuto la possibilità. Il fatto deve essere denunciato indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia i certificati medici.

Si rinvia all'articolo 9 - Denuncia dell'Infortunio e Obblighi relativi - delle "Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni" per gli aspetti di dettaglio.

In caso di sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, 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. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni**

S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

13. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

- **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:** il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un sinistro.
- **Beneficiario:** il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.
- **Contraente:** il soggetto che stipula il contratto assicurativo.
- **Day-hospital:** la degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa. La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.
- **Fascicolo informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo per il rimborso spese.
- **Inabilità temporanea:** perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
- **Infortunio:** per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Invalidità permanente:** perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
- **Istituti di cura:** gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli istituti di cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa. Agli effetti contrattuali, non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Periodo di assicurazione - annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa. In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza 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:** documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
- **Ricovero:** degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

- **Rischio:** la probabilità del verificarsi del sinistro.
- **Sforzo:** impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

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

Ed. 01/07/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbri)



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - 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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

L'assicurazione vale per il conducente e le persone trasportate per gli infortuni subiti durante la circolazione dei veicoli indicati in polizza.

L'assicurazione in ogni caso è valida solo se il conducente è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Qualora sul veicolo risulti, al momento del sinistro, un numero di persone trasportate maggiore a quello indicato nel libretto di circolazione, le somme per esse individualmente assicurate si intendono proporzionalmente ridotte in base all'accertato numero di dette persone.

Nel caso di veicolo destinato al trasporto di cose, la garanzia a favore dei trasportati è valida in quanto gli stessi si trovino all'interno della cabina di guida.

Art. 2 - Estensioni dell'assicurazione

Durante la guida sono compresi in garanzia anche:

- la salita e la discesa dai mezzi di locomozione di cui all'Art. 1;
- l'annegamento;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee, gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto all'art. 9 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 3 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da corse, gare, allenamenti e prove;
- b) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- c) da movimenti tellurici;
- d) da guerra o insurrezione;
- e) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- f) gli infarti;
- g) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 4 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 5 - Limiti di età

Sono escluse dall'assicurazione le persone di età uguale o superiore a 75 anni.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza

annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Sono escluse dall'assicurazione le persone affette da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi 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. 7 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere 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 o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dall'art. 9 (invalidità permanente).

Art. 8 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 9 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore70%
- una mano o un avambraccio60%
- un pollice18%
- un indice14%
- un medio8%
- un anulare8%
- un mignolo12%
- la falange ungueale del pollice9%
- una falange di altro dito della mano1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- blocco della prono-supinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano7%
- paralisi completa del nervo radiale35%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:
- al di sopra della metà della coscia70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce2,5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole35%
- anchilosi del ginocchio in estensione25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della sotto astragalica 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio25%
- ambedue gli occhi 100%

Per:

- sordità completa di un orecchio 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
 - una vertebra cervicale12%
 - una vertebra dorsale 5%

- 12ª dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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 criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 10 - Anticipo indennizzo per invalidità permanente

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di Euro 15.000,00.

Art. 11 - Franchigia sulla invalidità permanente oltre euro 130.000,00

Sulla parte di somma assicurata fino a Euro 130.000,00 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata oltre Euro 130.000,00 e fino a Euro 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrispo-

sto solo per la parte eccedente tale limite.
Sulla parte di somma assicurata oltre Euro 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 10% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto sulla totalità della somma assicurata senza applicazione di franchigia.

Art. 12 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni, la Società corrisponderà una indennità giornaliera nei seguenti termini:

- a) il 100% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni medesime;
- b) il 50% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni medesime.

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

Art. 13 - Rimborso spese sanitarie

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, la Società rimborserà le spese sostenute nel corso del ricovero in Istituto di Cura per:

- spese di trasporto dell'Assicurato con l'ambulanza, all'Istituto di Cura e viceversa;
- cure e visite mediche;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza;
- protesi ed apparecchi ortopedici applicati durante il ricovero.

Non sono soggette a rimborso le spese sostenute per interventi di chirurgia estetica, per cure odontoiatriche e per protesi dentarie.

Il rimborso verrà riconosciuto per ciascun Assicurato fino alla concorrenza dell'indennità prevista dalla combinazione scelta, per anno assicurativo. La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate e della cartella clinica.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro.
Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 14 - Indennità di ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Art. 15 - Cumulo di indennità

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie.

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 16 - Esonero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto dall'art. 6 (persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

Art. 17 - Controversie

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti all'art. 7 (criteri di indennizzabilità) possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso,

nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 18 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 19 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro 3 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta conside-

rando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

CONDIZIONE SPECIALE (sempre operante)

Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) di cui all'art. 8 (Morte) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute. Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 20 - Prova del contratto

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 21 - Pagamento del premio ed effetto delle garanzie

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- con contante nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.

È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 c.c.

Art. 22 - Dichiarazioni del Contraente

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892 - 1893 - 1894 del Codice Civile.

Art. 23 - Tacita proroga della polizza

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata o telefax spediti almeno trenta giorni prima della scadenza, la polizza è prorogata per un anno, e

così successivamente di anno in anno.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza.

Art. 24 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Le comunicazioni devono avvenire per iscritto.

Art. 25 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 26 - 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 del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 27 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

Art. 28 - Foro competente

Per ogni controversia il Foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 29 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 30 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

Ed. 01/07/2014

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 e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; 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; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. 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. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, 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⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, 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⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

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 o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

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 o 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 assicurazioni 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.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) 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 riassicurazione 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-tariffarie.
- 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. 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 anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, 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; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 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 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - 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