



INFORTUNI TEMPO LIBERO ISFAST Formula Persona

Assicurazione Infortuni

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)
- DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario
- INFORMATIVA PRIVACY

Assicurazione Infortuni

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



Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "UNIPOLSAI INFORTUNI TEMPO LIBERO ISFAST - FORMULA PERSONA"

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 – Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006 e 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, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.046.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni extraprofessionali, acquistabile esclusivamente sulla piattaforma www.unipolsai.it/isfast mediante l'utilizzo della Gift Card UnipolSai.it/isfast, carta prepagata di UnipolSai.



Che cosa è assicurato?

✓ **INFORTUNI:** conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività che non hanno carattere di professionalità. La copertura Infortuni prevede la corresponsione di un Indennizzo nelle seguenti ipotesi:

- **Morte:** pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato,
- **Invalidità permanente da Infortunio:** pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la tabella di valutazione contrattualmente previsti.
- **Rimborso spese mediche da Infortunio:** pagamento delle spese mediche sostenute in caso di Infortunio durante l'operatività del contratto e sostenute non oltre due anni dallo stesso.
- **Indennità per Ricovero:** pagamento dell'indennità giornaliera indicata in Polizza per ogni giorno di degenza a guarigione clinica ultimata.
- **Indennità da Convalescenza:** In aggiunta all' Indennità per Ricovero, corresponsione di una indennità per Convalescenza da Infortunio.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (di seguito UnipolSai) presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. massimale/somma assicurata).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età superiore a 80 anni.
- ✗ Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, Tossicodipendenza.

Inoltre:

- ✗ non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici.



Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la cessazione della polizza e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di sinistro.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio è comprensivo delle imposte e deve essere corrisposto mediante utilizzo della carta prepagata Gift Card UnipolSai isfast accedendo alla piattaforma www.unipolsai.it/isfast.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza. Il Periodo assicurativo è stabilito nella durata di un Anno. Il contratto si risolve automaticamente alla sua scadenza e non è tacitamente rinnovabile e non trova pertanto applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni, previsto dall'art. 1901, 2° comma, del Codice Civile.



Come posso disdire la polizza?

Non è necessario dare disdetta, l'Assicurazione termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza.

In caso di ripensamento, puoi recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla conclusione del contratto ai sensi dell'art. 67 duodecies del Codice del consumo, a mezzo lettera raccomandata inviata ad UnipolSai contenente gli elementi identificativi del contratto. In alternativa puoi inviare la comunicazione di recesso dal tuo indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), alla seguente casella di posta elettronica di UnipolSai: infodanni@unipolsai.it.

Assicurazione Infortuni



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

PRODOTTO: UNIPOLSAI INFORTUNI TEMPO LIBERO ISFAST - FORMULA PERSONA

Data 01/09/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, sede legale in Italia, Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna recapito telefonico: 051.5077111, sito internet: www.unipolsai.it, indirizzo email: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Società iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, 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, soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.765,85 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.321,61 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 2.788,51 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.254,83 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.057,07 milioni e ad € 6.889,4 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 2,53 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la 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.



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicate Franchigie contrattualmente indicate e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Invalidità Permanente: Franchigia 5%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata pari o superiore al 15%.

In caso di eventi catastrofali, Franchigia 10%; per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 10% e fino al 14 % Franchigia del 10%, se di grado uguale o superiore al 15% nessuna Franchigia.

Rimborso spese mediche da Infortunio: Franchigia Euro 100,00 per Infortunio.

Sono altresì previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto da Estensioni di garanzia;
- pratica di Sport ad Alto Rischio;
- pratica di Sport Motoristici o Motonautici;
- pratica di Sport Aerei;
- guida e uso di mezzi subacquei;
- delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto da Estensioni di garanzia;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati e i contagi da virus HIV e Epatico.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?	Denuncia del sinistro: <i>In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto a UnipolSai 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 a UnipolSai 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 da UnipolSai e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura. L'Assicurato deve inoltre presentare:</i> • <i>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, entro il centovesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza. L'Assicurato può contattare UnipolSai tramite /RMA al numero 051.5072749 Via Larga 4a, 40138 Bologna.</i> • <i>Morte: se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, UnipolSai, 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, UnipolSai 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.</i> <i>In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, UnipolSai 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 e altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.</i> Assistenza diretta/in convenzione: <i>Non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da Enti/Strutture convenzionate con UnipolSai</i> Gestione da parte di altre imprese: <i>Non è contrattualmente prevista la gestione da parte di altre imprese.</i> Prescrizione: <i>ii 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.</i>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Obblighi dell'impresa	<i>UnipolSai, una volta definito il Sinistro, provvede al pagamento del medesimo entro 30 giorni dalla ricezione della quietanza regolarmente firmata dall'Assicurato. Per la garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio UnipolSai liquida il Sinistro entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione completa necessaria alla valutazione.</i>



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	UnipolSai rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso a seguito di cessazione dovuta al manifestarsi delle seguenti affezioni: alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza. A seguito del recesso per ripensamento dopo la stipulazione il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 giorni dal giorno in cui la Società ha ricevuto la comunicazione del recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, a mezzo lettera raccomandata inviata alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto. In alternativa la comunicazione di recesso potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), alla casella di posta elettronica della Società, al seguente indirizzo: infodanni@unipolsai.it .
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto. L'Assicurazione cessa al manifestarsi in capo all'Assicurato delle seguenti affezioni: alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto alle persone fisiche relativamente alle attività extraprofessionali svolte.
L'esigenza principale è la protezione contro i rischi infortuni.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 0,00 % del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (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 devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS 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 esauritiva 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

AVVERTENZE:

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

UNIPOLSAI INFORTUNI TEMPO LIBERO ISFAST - Formula PERSONA

Assicurazione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Comprehensive di GLOSSARIO

Modello SI/01202/000/2020/C - Ed. 01/09/2019

GLOSSARIO	1 di 19
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 19
2. SEZIONE INFORTUNI	6 di 19
3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	12 di 19
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	17 di 19

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

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

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

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

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

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

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

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

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio 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 medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

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

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o 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.

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.

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.

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.

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

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

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

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.

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.

IRMA: Società a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri.

Somma assicurata: è la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Rimborso in caso di sinistro.

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, motoalianti, aerostati, dirigibili ultraleggeri, deltaplani, 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 possano 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), helisnow, 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
- l'utilizzo 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.

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.

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".

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

Art. 1.1- Decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di in Polizza, inoltrata al cliente via e-mail al termine del positivo completamento della procedura di acquisto della Polizza sulla piattaforma www.unipolsai/isfast.

Art. 1.2 – Durata del contratto

Il Periodo assicurativo è stabilito nella durata di un Anno. Il contratto si risolve automaticamente alla sua scadenza e non è tacitamente rinnovabile e non trova pertanto applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni, previsto dall'art. 1901,2° comma, del Codice Civile.

Art. 1.3 - Pagamento del Premio

Il pagamento del Premio è annuale e deve essere effettuato attraverso l'utilizzo di una Gift Card UnipolSai isfast, carta prepagata di UnipolSai, acquistabile presso i punti vendita aderenti all'iniziativa.

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

L'importo del Premio, comprensivo di tasse e oneri, è di euro 100,00.

Art. 1.4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente al momento della stipula del contratto. Se la dichiarazione non è corretta, in quanto caratterizzata da informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile a condizioni di Premio più alte. In questo caso, se il Contraente rilascia tali dichiarazioni erronee o incomplete con coscienza e volontà - o se lo fa anche solo con colpa grave - la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento del contratto. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dal contratto.

Art. 1.5 - Aggravamento del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento del Rischio.

Art. 1.6 – Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di diminuzione del Rischio.

Art. 1.7 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.8 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta alla Direzione della Società.

Art. 1.9 - Diritto del Contraente al ripensamento

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, a mezzo lettera raccomandata inviata alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto.

In alternativa la comunicazione di recesso potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC), alla casella di posta elettronica della Società, al seguente indirizzo: infodanni@unipolsai.it.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 giorni dal giorno in cui la Società ha ricevuto la comunicazione del recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Art. 1.10 – Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.11 – 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 adempimento 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;

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. 1.12 - Foro competente

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

Art. 1.13 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 – Garanzia base

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate nelle condizioni di polizza, le conseguenze dirette ed esclusive di 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'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività extraprofessionale e tragitto inverso.

Eventi garantiti

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste 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. 3.4 "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. 3.6 "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.

Estensioni di garanzia

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 e Sport Agonistici

Le garanzie sono operanti per gli Infortuni subiti dall'assicurato durante la pratica di sport del tempo libero anche a livello agonistico, sempreché non retribuiti.

E) Rischio eventi naturali catastrofici

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

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

L'Indennizzo per tale garanzia sarà determinato sulla base dei criteri previsti dall'Art. 3.7 "Eventi naturali catastrofici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.2 - Garanzie prestate

A. Morte

La garanzia è prestata entro la somma assicurata di euro 30.000,00, per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato.

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

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

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

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 di euro 3.000,00.

B. Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata di euro 75.000,00 per Annualità assicurativa, per l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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.

C. Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società provvede, entro la Somma assicurata di euro 2.000,00 per Annualità assicurativa, al rimborso delle spese di cura sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio, avvenuto durante l'operatività del contratto, e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

- 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 rieducativi, 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.

Modalità di erogazione delle prestazioni

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

a) Prestazioni in strutture sanitarie private

L'Assicurato potrà scegliere una struttura sanitaria privata o pubblica di propria scelta, richiedere successivamente il rimborso nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa con l'applicazione di una franchigia fissa di 100 euro per ogni Infortunio.

b) 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...), la Società rimborserà i ticket nonché le spese sanitarie rimaste a carico dell'Assicurato nel limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa senza applicazione di alcuna Franchigia.

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.

D. 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 pari a euro 30,00 per ogni giorno di degenza;
- l'indennità giornaliera di euro 15,00 per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital.

L'indennità verrà corrisposta per la durata massima di 30 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.

E. Indennità da Convalescenza

In aggiunta a quanto sopra previsto alla garanzia D. 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 30 giorni per Infortunio.

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

Cosa NON assicura

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. 2.1 "Estensione di garanzia" lettera C) "Rischio volo";
- c) pratica di Sport Professionistici;
- d) pratica di Sport ad Alto Rischio;
- e) pratica di Sport Motoristici o Motonautici;
- f) pratica di Sport Aerei;
- g) guida e uso di mezzi subacquei;
- h) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- i) 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) che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- j) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dal precedente Art.2.1 "Estensione di garanzia" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero" e lettera B) "Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo";
- k) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- l) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- m) 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:

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

Come assicura

Art. 2.4 - Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dal successivo Art. 2.1 "Estensione di garanzia" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero".

Art.2.5 – Rischi Particolari

Qualora la copertura del rischio extraprofessionale sia riferito a:

- Studenti: è operante esclusivamente fuori dai locali e dagli spazi di pertinenza dell'istituto scolastico. Inoltre s'intendono esclusi dalla copertura infortuni avvenuti anche fuori da detti locali/spazi qualora detti eventi si verificano durante la partecipazione a viaggi, eventi e/o altre iniziative organizzate dalla scuola stessa.

- Casalinghe, Pensionati e/o Persona senza occupazione professionale: è operante esclusivamente all'esterno dell'abitazione nonché fuori dalle relative dipendenze e/o spazi esterni situati nell'ambito del medesimo numero civico.

Art. 2.6 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili dal presente contratto le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate e Tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto dal momento in cui si manifesta una delle suddette affezioni; il tal caso il contratto si risolve automaticamente da tale momento con rimborso al contraente del Premio residuo al netto degli oneri fiscali.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

SEZIONE INFORTUNI		
Garanzie Base	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Morte	Somma assicurata: Euro 30.000,00 per sinistro Rimpatrio salma: Euro 3.000,00 per sinistro	
Invalità Permanente da Infortunio	Somma assicurata : Euro 75.000,00 per Annualità assicurativa	Franchigia 5%. Nessuna Franchigia per Invalità Permanente accertata pari o superiore al 15%. In caso di eventi catastrofici, Franchigia 10%; per l'Invalità Permanente di grado superiore al 10% e fino al 14 % Franchigia del 10%, se di grado uguale o superiore al 15% nessuna Franchigia.
Rimborso spese mediche da Infortunio	Somma assicurata: Euro 2.000,00 per Annualità assicurativa • medicinali, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali: entro il limite di Euro 750,00 per Sinistro; • interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico pro vocato dall'Infortunio: entro il limite di Euro 750,00 per Sinistro; • trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura entro il limite di Euro 750,00 per Sinistro	Franchigia Euro 100,00 per Infortunio
Indennità per ricovero	Euro 30,00 per ogni giorno di ricovero. In caso di Day Hospital, indennità giornaliera di Euro 15,00. In caso di Ricovero/Day Hospital all'estero, indennità giornaliera maggiorata del 50%. Massimo 30 giorni per Infortunio.	
Indennità da convalescenza	Euro 30,00 per ogni giorno di convalescenza post ricovero/day hospital di almeno 2 giorni consecutivi. Massimo 30 giorni per Infortunio.	

Art. 3.1 - 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, 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, 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:

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. L'Assicurato può contattare la Società tramite IRMA al numero 051.5072749 Via Larga 4a, 40138 Bologna.

Rimborso spese mediche da Infortunio: la domanda per ottenere il rimborso delle spese sostenute, corredata dei documenti giustificativi deve essere inviata a IRMA via Larga 4a, 40138 Bologna.

Art. 3.2 - 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. 3.3 - 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. 3.3.1 - 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. 3.4 - 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 di sopra del ginocchio		60%
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile		2%
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchi		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%

Art. 3.5 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente e Franchigia

In caso di Invalidità permanente di grado inferiore o uguale al 5% (franchigia) non è previsto nessun indennizzo. Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5% l'indennizzo verrà corrisposto in misura percentuale della Somma assicurata indicata al punto 2.2 punto B) solo per quanto riguarda la parte eccedente al 5%. In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 15%, verrà corrisposto l'indennizzo senza alcuna deduzione di franchigia.

Art. 3.6 - 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 una 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.

Art. 3.7- Eventi naturali catastrofici

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. 3.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente", verrà liquidata secondo le modalità di seguito riportate:

In caso di Invalidità permanente di grado inferiore o uguale al 10% (franchigia) non è previsto nessun indennizzo. Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 10% e fino al 14 % l'indennizzo verrà corrisposto con una franchigia del 10%, se di grado uguale o superiore al 15% e fino al 100% in misura percentuale della Somma assicurata indicata al punto 2.2 punto B).

Art. 3.8 - Criteri di Indennizzo della Garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a IRMA via Larga 4a, 40138 Bologna:

- 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 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. 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 2.2 punto C) Rimborso spese mediche da Infortunio.

Art. 3.9 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Indennità per Ricovero e da Convalescenza

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Indennità da Infortunio valgono le norme riportate nella Sezione Infortuni, Art.2.2 punto D) ed E).

Art. 3.10 - Anticipo Indennizzo

Per Invalidità Permanente, trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di euro 15.000,00 da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

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

Art. 3.11 - 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. Per quanto riguarda invece la garanzia rimborso spese mediche da Infortunio, il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna 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.

Art. 3.12 - 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. 3.13 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di

residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

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

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

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

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

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. 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. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

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

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

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

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

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

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 – Conseguenze della scomparsa in mare.

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

Art. 838 – Conseguenze della scomparsa

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

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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo 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 delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, 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 personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo⁽³⁾, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁵⁾.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

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 o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato 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. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati 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⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca.

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

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/

intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia

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.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del

rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

- 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 riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statisticotarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- 6) 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.
- 7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio 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 S.p.A. www.unipol.it.
- 8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

