



UNIPOLSAI INFORTUNI SMART

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 SMART"

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e PIVA 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 alle persone e alle famiglie una copertura assicurativa individuale o del nucleo familiare in caso di Infortunio professionale ed extraprofessionale.



Che cosa è assicurato?

✓ **INFORTUNI:** conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

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

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

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

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

Condizioni Specifiche [a pagamento]:

Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente/Deroga alla Franchigia su Garanzia Invalidità Permanente - Franchigie differenziate

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni.
- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, Tossicodipendenza.
- ✗ Non sono assicurabili le persone che svolgano attività di atleta/sportivo professionista, istruttore sportivo, militare con mansioni non amministrative e altre riportate contrattualmente.

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 - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile) e Franchigie (esprese in cifra fissa) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie o opzioni supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi di danni:

- ! 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 quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- ! le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- ! delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.



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 e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione 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 deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Il Premio può essere frazionato in rate semestrali, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. Previo accordo di UnipolSai il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio di ciascuna annualità viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta a UnipolSai. Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta almeno trenta giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione.

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere - solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni - dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni.

Assicurazione Infortuni



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
PRODOTTO: UNIPOLSAI INFORTUNI SMART

Data 01/11/2022 - 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 2021, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 6.561,91 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.882,32 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), il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2021, è pari ad € 2.982,8 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.342,3 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 9.720,1 milioni e ad € 9,442,7 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 3,26 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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

INFORTUNI

Rimborso spese mediche da Infortunio	Rimborso delle spese di cura, inclusi tra gli altri gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e l'acquisto di presidi o tutori prescritti dai sanitari, sostenute non oltre due anni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio.
Diarie da Infortunio	Indennità comprensiva di Indennità per Ricovero e Convalescenza (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio e un massimo di 90 giorni per la Convalescenza) e Indennità per Immobilizzazione (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio).
Estensione Nucleo Familiare	Estensione per le persone risultanti da certificato di stato di famiglia appartenenti a tale nucleo al momento del Sinistro.
Deroga alla Franchigia su garanzia Invalidità Permanente - Franchigie differenziate	Applicazione - per Invalidità Permanente accertata di grado inferiore al 25% - di Franchigie diverse per ciascuna delle tre parti in cui è divisibile la Somma assicurata.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Invalidità Permanente: Franchigia 3%;

Sport Agonistici: esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:

- sulla parte di Somma assicurata sino a € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte di Somma assicurata eccedente € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Resta inteso che se in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie;
- pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

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

Eventi naturali catastrofici: Franchigia 10%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata superiore al 50%;

In caso di **rottura del tendine d'Achille** la Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000.

Sono altresì previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni e alle relative prove, tranne le Gare di regolarità pura;
- guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura;
- pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio;
- guida e uso di mezzi subacquei;
- guerra, insurrezione;
- 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?

<p>Cosa fare in caso di Sinistro?</p>	<p>Denuncia del sinistro: In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto a UnipolSai o all'agenzia a cui è assegnato il contratto, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.</p> <p>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.</p> <p>Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.</p> <p>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.</p> <p>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 o in copia fotostatica, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.</p> <p>L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.</p> <p>In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: Non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da Enti/Strutture convenzionate con UnipolSai.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non presente</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>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 della Polizza.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>A seguito di Recesso dal contratto per Sinistro, entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, UnipolSai rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso. In caso di cessazione per il manifestarsi di una delle affezioni contrattualmente previste, i Premi vengono restituiti al netto degli oneri fiscali.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.</i>
Risoluzione	<i>Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto. L'assicurazione cessa, limitatamente alle persone coinvolte, alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di 80 anni.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a persone fisiche, inclusi i nuclei familiari dei contraenti, relativamente alle attività professionali ed extraprofessionali svolte, con esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,50 % del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p><i>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:</i> <i>UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti</i> <i>Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI)</i> <i>Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipolsai.it.</i> <i>Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.</i> <i>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</i> <i>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> <i>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 e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.</i> <i>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.</i> <i>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).</i></p>
All'IVASS	<p><i>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: ivass@pec.ivass.it</i> <i>Info su: www.ivass.it.</i> <i>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</i> <i>individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</i> <i>breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</i> <i>copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</i> <i>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</i>

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

Mediazione	<i>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.</i>
Negoziazione assistita	<i>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).</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- <i>Arbitrato irrituale: Per la risoluzione di controversie di natura medica sull' indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.</i>- <i>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.</i>

AVVERTENZE:

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

UNIPOLSAI INFORTUNI SMART

Assicurazione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01202 / 000 / 00000 / C - Ed. 01 / 11 / 2022

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

GLOSSARIO	1 di 26
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	5 di 26
2. SEZIONE INFORTUNI	10 di 26
3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	16 di 26
ALLEGATO A - ATTIVITÀ NON ASSICURABILI	22 di 26
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	24 di 26
INFORMATIVA PRIVACY	1 di 4

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.

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

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

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

Combinazione di assicurazione: è la copertura assicurativa a pacchetto, scelta dal Contraente e indicata in Polizza.

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

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

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.

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

Ebbrezza alcolica: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso 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.

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

Immobilizzazione: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo

di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico.

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

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 dalla Polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni.

Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

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

Istituto di Cura: 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 comprensiva della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; 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.

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.

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa: in caso di polizza di durata pari 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: 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.

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Sci Alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna – senza l'utilizzo degli impianti di risalita – caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di Sci Estremo.

Sci Estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

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

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

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

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso - anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello Snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:
- Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
- Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
- Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'impresa assicuratrice.

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

Sport Aerei: si intendono 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 e dirigibili;
- Apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- Apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii).

È inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l' egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell' ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l' eventuale presenza di remunerazione – in premi o in denaro – è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport ad Alto Rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati:
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, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, jet ski, kitesurf, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rafting, regate oceaniche, rugby, salto con l' elastico (bungee jumping), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, Sci Alpinismo, Sci Estremo, slittino (skeleton), Snowboard Discipline Soft (Half Pipe, Snowboardcross, Freeriding), snowrafting, sollevamento pesi, speleologia.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI.

L'Infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport Motonautici: si intendono quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; comprese tutte le gare di Off-Shore.

Sport Motoristici: si intendono quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Tutte le gare Sprint e Grasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport Professionistici: quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI.

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:

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1- Decorrenza della garanzia

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

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

Art. 1.2 – Pattuizione della non rinnovabilità del contratto

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

Art. 1.3 - Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennialità

Qualora il contratto venga stipulato con tacito rinnovo in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax, il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente.

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Pertanto, ai sensi dell'art. 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore a cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di recesso dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione.

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

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

La relativa comunicazione, effettuata con lettera raccomandata o a mezzo telefax, diventa efficace:

- dopo 30 giorni dalla data di invio se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro di spedizione se inviata dal Contraente.

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

Il pagamento di Premi che siano scaduti dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Quando e come devo pagare

Art. 1.5 - Pagamento del Premio

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio

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

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero

integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.7 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri di frazionamento, mediante addebito ricorrente. Ove richiesto dal Contraente tale frazionamento e concesso dalla Società, la Società e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

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

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

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

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

L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il Contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla Società dell'eventuale revoca. Cessa automaticamente con la cessazione del contratto assicurativo.

A.2 Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente deve:

- (i) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla Società sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo email e numero di cellulare;
- (ii) se persona giuridica, comunicare indirizzo PEC della persona giuridica, nonché identificare un soggetto persona fisica, autorizzato dalla persona giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivi il profilo di Area Riservata;
- (iii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente per la corresponsione del Premio del contratto assicurativo tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1. che precede; provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del Premio convenuto (o importo differente in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla Società, nonché
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo mediante rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato al contratto assicurativo.

Durante la validità del contratto assicurativo e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente dovrà comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie/Carte di Credito/Carte di Debito o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso. In ogni caso il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1, recandosi in Agenzia o direttamente dalla propria Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società effettuerà le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo in modalità digitale (a titolo esemplificativo direttamente su Area Riservata e/o all'indirizzo di posta elettronica/PEC o al numero di cellulare indicati al momento dell'emissione del contratto) e, pertanto, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi in Agenzia o direttamente tramite la propria Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite metodo ricorrente da parte del Contraente **autorizza la Società a inviare all'Istituto di Credito o Istituto di Moneta Elettronica, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del Premio.**

La Società provvederà ad addebitare al Contraente l'importo corrispondente alla rata mensile di Premio con le seguenti tempistiche:

- 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

La Società, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e a mettere a disposizione in Area Riservata e APP la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio.

Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) da parte della Società nei confronti del Contraente.

B.2 Mancato addebito

Nel caso in cui la Società riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata e non procederà all'addebito di eventuali altre rate successive.

Qualora si sia verificato il mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente fornito sia ancora valido, la Società proverà a effettuare ulteriori tentativi di addebito della rata insoluta, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente fornito non sia più valido nel periodo di vigenza del contratto e ci siano rate di Premio insolute, **il Contraente deve fornire un nuovo metodo di pagamento ricorrente tra quelli indicati all'articolo A.1; in caso contrario la concessione del frazionamento mensile è revocata e il Contraente è tenuto a pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.**

Se il Contraente fornisce un nuovo metodo di pagamento ricorrente, tale metodo si intende operante a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, **il Contraente dovrà provvedere al pagamento di quest'ultima rata insoluta utilizzando l'Area Riservata o l'APP o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.**

In ogni caso, qualora siano trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunicherà la revoca della concessione del frazionamento mensile e il Contraente sarà tenuto a pagare tutte le rate restanti in un'unica soluzione utilizzando l'Area Riservata o l'APP di UnipolSai o concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.

B.3. Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Qualora il metodo di pagamento del contratto assicurativo sia SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare del metodo di pagamento si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un nuovo metodo di pagamento qualora quello fornito non sia più valido.

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che alla scadenza intende rinnovarlo - sempreché la Società mantenga la disponibilità al frazionamento del Premio in 12 rate mensili,

senza oneri e con pagamento con addebito ricorrente - dovrà accettare le condizioni di rinnovo entro 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza del contratto, per consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza soluzione di continuità. Nel caso in cui il metodo di pagamento ricorrente associato sia una Carta di Credito o una Carta di Debito, il predetto termine utile per l'accettazione delle condizioni di rinnovo è ridotto a 2 giorni lavorativi.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà provvedere al pagamento della prima rata concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- il Contraente, prima del pagamento del Premio di rinnovo, è tenuto a corrispondere l'importo delle rate mensili eventualmente non pagate;
- qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei Rischi oggetto del contratto e la Società abbia messo a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso apposita comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza, ai sensi dell'Art. 1.3 – Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza, il Contraente che non intenda accettare il nuovo Premio, dovrà prendere contatto con la propria Agenzia entro il termine di scadenza della Polizza per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di Polizza. Nel caso in cui, non venga riattivato l'automatismo di addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza;
- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se in relazione al Contraente vengono meno al momento del rinnovo uno o più dei requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i), con conseguente obbligo di pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia.

D. Modifica del frazionamento in corso di contratto

Durante la validità del contratto assicurativo la Società provvede alla revoca della concessione del frazionamento mensile, con conseguente obbligo di pagare le rate mensili residue in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia, nei seguenti casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso della Società;
- in relazione al Contraente, qualora vengano meno i requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i); qualora il Contraente, richieda che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò a causa dell'aggravio dei costi gestionali che ne derivano per la Società e che le impediscono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio essendo senza oneri per il Contraente.

Art. 1.8 - Adeguamento automatico delle Somme assicurate e dei relativi Premi

Le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

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

Che obblighi ho

Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 1.10 - Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di riduzione del Rischio.

Art. 1.11 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il

Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

Altre norme

Art. 1.12 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.13 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.14 – Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.15 - 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

Rischio professionale ed extraprofessionale

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate in Polizza, gli Infortuni che l'Assicurato subisca, nello svolgimento delle proprie attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Eventi garantiti

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

- a) l'asfissia non di origine 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 del tendine d'Achille secondo i criteri di Indennizzo previsti dall'Art. 3.9 "Rotture del tendine d'Achille" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, e le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
- h) le ernie addominali traumatiche da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 3.7 "Ernie addominali traumatiche da Sforzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- i) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- k) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato.

Estensioni di garanzia

Si intendono altresì indennizzabili gli Infortuni 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 anche 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 San 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 in 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 attività sportiva

Le garanzie, sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero e Sport Agonistici.

Sono esclusi:

- a) Sport Professionistici;
- b) Sport ad Alto Rischio;
- c) Sport Motoristici e Motonautici comunque svolti, salvo le Gare di regolarità pura;
- d) Sport Aerei in genere.

Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici le garanzie sono operanti limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente e per la liquidazione dell'Indennizzo si seguiranno i criteri previsti dall' Art. 3.6 "Sport Agonistici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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% dei rispettivi capitali assicurati e secondo i criteri di Indennizzo previsto dall' Art. 3.8 "Eventi naturali catastrofici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.1.1 – Garanzie prestate

a) Morte

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

La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della Polizza, 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, se superiore, e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente.

Nel caso contrario non sono tenuti a restituire la differenza.

b) Invalidità Permanente

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente di grado superiore al 3% (Franchigia), accertata secondo i criteri indicati all' Art. 3.3 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - 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) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante a motore, a competizioni e alle relative prove, tranne le Gare di regolarità pura;
- c) guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura;
- d) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.1 Garanzia base "Estensioni di garanzia: lettera C)"Rischio volo";
- e) guida e uso di mezzi subacquei;

- f) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- h) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.1 Garanzia base "Estensioni di garanzia: lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero";
- i) 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);
- j) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- k) 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) l'infarto e l'ictus da qualsiasi causa determinati.

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

Non sono assicurabili dal presente contratto:

- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, di età superiore a 80 anni. Qualora un Assicurato raggiunga il predetto limite di età in corso di contratto, l'Assicurazione, limitatamente a questa persona, cessa con effetto dalla prima scadenza annuale successiva;
- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza.
In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti dell'Assicurato al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali;
- le persone che svolgono una delle attività riportate nell'Allegato A "Attività non assicurabili".

Come personalizzare

Art. 2.4 Garanzie Supplementari opzionali

(operanti solo se espressamente indicate in Polizza)

Art. 2.4.1 - Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del contratto, la Società rimborsa le spese di cure rese necessarie dall'Infortunio e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

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

Somma assicurata;

- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio, per un periodo massimo di 365 giorni, 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 365 giorni 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.

Il rimborso delle spese viene effettuato dalla Società a cure terminate, dopo la presentazione dei relativi documenti giustificativi in originale (notule, distinte, ricevute di pagamento ecc..) debitamente quietanzate. La garanzia viene prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 15% con il minimo di € 50 e con il massimo di € 400 per ogni Infortunio, che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria, la Società rimborserà i tickets nonché le spese mediche rimaste a suo carico fino alla concorrenza della Somma assicurata e senza applicazione di alcuno Scoperto.

La Somma assicurata annua a disposizione dell'Assicurato per questa garanzia è pari al 2% del capitale previsto in Polizza per la garanzia Invalidità Permanente della Combinazione prescelta.

Diarie da Infortunio

Art. 2.4.2 - Indennità per Ricovero e Convalescenza

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:

- una indennità giornaliera pari a € 40 per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, una indennità giornaliera pari a € 20 per ogni giorno di degenza.

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

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

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

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

Art. 2.4.3 - Indennità per Immobilizzazione

In caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, la Società corrisponderà:

- una indennità giornaliera pari a € 20.

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

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

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

Art. 2.5 - Condizioni Specifiche

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

Art. 2.5.1 - Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente

Persone Assicurate

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

Somme assicurate

Le somme assicurate per ciascuna persona appartenente al nucleo familiare, incluso il Contraente, sono pari al 50% dei capitali previsti dalla Combinazione prescelta ed indicata Polizza e delle somme previste nelle Garanzie supplementari opzionali se operanti.

Viene inoltre stabilito quanto segue:

- nel caso in cui le persone assicurate risultino superiori a 5 unità al momento del Sinistro, le Somme

assicurate per ciascun componente si intendono proporzionalmente ridotte e quindi determinate applicando la seguente formula:

$$\frac{\left(\begin{array}{c} 50\% \text{ della Somma} \\ \text{assicurata relativa alla} \\ \text{Combinazione prescelta} \end{array} \right) \times \left(\begin{array}{c} 5 \text{ unità} \\ \text{convenzionali} \end{array} \right)}{\text{n. persone effettivamente assicurate}}$$

- per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni, al momento del Sinistro, la Somma assicurata per il caso morte si intende ridotta del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, mentre la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata.
- Qualora nel medesimo evento fossero coinvolte più persone assicurate e la somma delle indennità loro spettanti sia superiore alla somma globalmente assicurata prevista dalla Combinazione prescelta, l'Indennità spettante a ciascuna persona sarà proporzionalmente ridotta e pari alla somma assicurata prevista dalla combinazione prescelta suddivisa tra il numero delle persone assicurate coinvolte nell'evento.

Art. 2.5.2 - Deroga alla Franchigia su Garanzia Invalidità Permanente - Franchigie differenziate (valida per tutte le Combinazioni A-B-C-D e nel caso in cui non sia operante la Condizione specifica di cui all'Art. 2.5.1)

Premesso che la Somma assicurata si intende suddivisa in tre parti uguali, a parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 2.1.1 "Garanzie prestate", lettera b) "Invalidità Permanente", in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità Permanente di qualsiasi entità, accertata secondo i "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", in caso di Invalidità Permanente l'Indennizzo verrà corrisposto secondo le seguenti regole:

- per la prima parte della Somma assicurata, senza applicazione di alcuna Franchigia;
- per la seconda parte della Somma assicurata non è previsto alcun Indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% (Franchigia);
- per la terza parte della Somma assicurata non è previsto alcun Indennizzo in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% (Franchigia).

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente superiore alla Franchigia, verrà corrisposto secondo le condizioni riportate nella Tabella di Indennizzo di cui all'Art. 3.4 - "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo" delle "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri".

Come assicura

Art. 2.6 - Somme assicurate

La Somma assicurata per ogni persona, salvo quanto diversamente disposto dalla Condizione specifica di cui all'Art. 2.5.1 - Estensione della copertura al nucleo familiare del Contraente, corrisponde a quella riportata in Polizza e scelta dal Contraente tra una delle seguenti Combinazioni:

Garanzie	Combinazioni			
	SCelta A	SCelta B	SCelta C	SCelta D
	Somma assicurata			
Morte	€ 30.000,00	€ 50.000,00	€ 100.000,00	-
Invalidità Permanente (Franchigia fissa 3%)	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 200.000,00

Art. 2.7 - Estensione Territoriale

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

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e Scoperti
Morte	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	-
Invalidità Permanente	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	Franchigia 3%
Rischio eventi naturali catastrofici	Indennizzo pari al 50% dei capitali assicurati per Morte e Invalidità Permanente	Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente accertata superiore al 50%
Rimborso spese mediche	Somma assicurata pari al 2% del capitale assicurato per Invalidità Permanente <ul style="list-style-type: none">• medicinali, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali: entro il limite del 50% della Somma assicurata;• interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio: entro il limite del 50% della Somma assicurata;• acquisto/noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione: periodo massimo di 365 giorni;• trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il limite del 50% della Somma assicurata	<ul style="list-style-type: none">• Scoperto del 15% con il minimo di € 50 e con il massimo di € 400 per ogni Infortunio.• Nessuno Scoperto in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria.
Indennità per Ricovero e Convalescenza	RICOVERO <ul style="list-style-type: none">• € 40 per ogni giorno di degenza• € 20 per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital Massimo 365 giorni per ogni Infortunio. In caso di Ricovero all'estero, indennità giornaliera maggiorata del 50% CONVALESCENZA Indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero/Day Hospital, purchè la degenza sia stata di almeno 2 giorni consecutivi Massimo 90 giorni per ogni Infortunio	-
Indennità per Immobilizzazione	€ 20 Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	-
Estensione nucleo familiare	Le Somme assicurate per ciascuna persona sono pari al 50% dei capitali previsti dalla Combinazione prescelta. Per i minori la Somma assicurata per il caso Morte è ridotta del 50% mentre quella per Invalidità Permanente si intende maggiorata del 50%	-
Deroga alla Franchigia Invalidità Permanente -Franchigie differenziate	Valida per le Combinazioni di Somme assicurate A, B, C, D e nel caso in cui non sia operante la Condizione specifica Art. 2.5.1)	1/3 s.a. Franchigia 0% 1/3 s.a. Franchigia 3% 1/3 s.a. Franchigia 5%

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, o all'agenzia a cui è assegnata la Polizza, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro 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, deve 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.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 3.2 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società 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, se superiore, e quanto già pagato per l'Invalidità Permanente.

Art. 3.2.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, 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 artt. 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. 3.3 - Criteri di valutazione dell' Invalidità Permanente

La valutazione dell' Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella successiva TABELLA DI VALUTAZIONE ed 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%	

Art. 3.4 - Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per Invalidità Permanente totale la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 3.3 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente".

TABELLA DI INDENNIZZO

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Garanzia Base	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata		
		Se operante la Condizione specifica Art. 2.5.2		
		Sul 1°/3 della Somma assicurata	Sul 2°/3 della Somma assicurata	Sul 3°/3 della Somma assicurata
1	0	1	0	0
2	0	2	0	0
3	0	3	0	0
4	1	4	1	0
5	2	5	2	0
6	3	6	3	1
7	4	7	4	2
8	5	8	5	3
9	6	9	6	4
10	7	10	7	5
11	8	11	8	6
12	9	12	9	7
13	10	13	10	8
14	11	14	11	9
15	12	15	12	10
16	13	16	13	11
17	14	17	14	12
18	15	18	15	13
19	16	19	16	14
20	17	20	17	15
21	18	21	18	16
22	19	22	19	17
23	20	23	20	18
24	21	24	21	19
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata Garanzia Base	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata		
		Se operante la Condizione specifica Art. 2.5.2		
		Sul 1°/3 della Somma assicurata	Sul 2°/3 della Somma assicurata	Sul 3°/3 della Somma assicurata
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
Da 50 a 99	100	100	100	100
100	150	150	150	150

Art. 3.5 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive 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**.

Art. 3.6 - Sport Agonistici

Esclusivamente per gli Infortuni avvenuti durante la pratica di Sport Agonistici, **la Tabella di Indennizzo**

riportata al precedente Art. 3.4 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo", deve intendersi non operante e l'Indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:

- sulla parte di Somma assicurata sino a € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 3% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte di Somma assicurata eccedente € 100.000, l'Indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della Franchigia del 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente supera il 5% della totale viene corrisposta l'indennità solo per la parte eccedente.

Resta inteso che se in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie;
- pari o superiore al 50% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

Art. 3.7 - Ernie addominali traumatiche da Sforzo

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

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

In caso di contestazioni circa l'operabilità e la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 3.13 "Arbitrato irrituale".

Art. 3.8 - Eventi naturali catastrofici

La tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 3.4 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo" deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

L'Indennizzo verrà corrisposto in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con deduzione di una Franchigia assoluta del 10%.

Per Invalidità Permanente accertata superiore al 50% la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie.

Art. 3.9 - Rotture del tendine d'Achille

In caso di rottura del tendine d'Achille la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 3.4 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo", deve intendersi non operante.

La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000.

Art. 3.10 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Supplementari opzionali

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Rimborso spese mediche da Infortunio e Diarie da Infortunio di cui all' Art. 2.4 "Garanzie Supplementari opzionali", valgono le norme previste nelle singole sezioni di garanzia.

Art. 3.11 - Anticipo Indennizzo

A) 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 € 25.000 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

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

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

B) Per indennità per Ricovero e convalescenza (se operante la garanzia)

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

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

Art. 3.12 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 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 Contraente di Polizza.

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

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

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

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

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

Art. 3.14 - Pagamento dell'Indennizzo

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

- Addestratori di animali
- Addetto a funivie, seggiovie, ovoidie, cabinovie con manutenzione e riparazione
- Addetto ai giardini zoologici
- Addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione
- Addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di esplosivi e contaminanti
- Addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere
- Addetto allo spurgo pozzi neri e manutenzione reti fognarie
- Addetto cave con uso di esplosivi
- Aeronautica (in servizio permanente effettivo) assicurabile solo a terra
- Aeronautica (in servizio permanente effettivo) corpi speciali assicurabile solo a terra
- Agente di Pubblica Sicurezza (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Agente di Pubblica Sicurezza corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Artista di strada
- Atleta/sportivo professionista
- Ballerina/o
- Cantante professionista
- Carabiniere (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Carabiniere corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Collaudatore di veicoli/velivoli in genere
- Custode di zoo
- Disinfestatore
- Fantino
- Fotoreporter inviato di guerra
- Giornalista/cronista inviato all'estero/speciale di guerra
- Giostraio
- Guardia del corpo
- Guardia di finanza (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Guardia di finanza corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Guardia giurata con trasporto di valori
- Guida alpina
- Investigatore/Detective privato
- Istruttore sportivo
- Marina militare (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Marina militare corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Marinaio
- Marmista che lavora in cave con uso di mine
- Militare (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Militare corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Minatore
- Palombaro
- Personale che lavora in galleria
- Personale di bordo di mezzi aerei
- Personale di circhi equestri ed artisti acrobati
- Pilota aerei

- Pirotecnico
- Politico titolare di carica istituzionale pubblica nazionale
- Questore
- Radiologo
- Regista
- Skipper
- Sommozzatore
- Speleologo
- Stuntman
- Tecnico di Laboratorio
- Verniciatore all' esterno di navi
- Vigilantes con trasporto di valori
- Vigile del fuoco (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative
- Vigile del fuoco corpi speciali (in servizio permanente effettivo) con mansioni non amministrative

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

CODICE CIVILE

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, dopodue anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

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

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

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

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

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

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

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

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

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

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

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

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

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

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

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

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 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 pre- visti 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 per venire al tribunale entro sei mesi dall'ultima pubblicazione.

Se tutte le inserzioni non vengono 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 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 di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la 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). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, 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 consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 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 statisticotariffrarie.
- 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.

