



la tua protezione



UnipolSai

INFORTUNI

Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute.
Modello 1201 – Ed. 01.03.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

Unipol
GRUPPO

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

UnipolSai INFORTUNI

Ed. 01.03.2014

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINE

• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 13
1. Informazioni generali	2 di 13
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell' Impresa	2 di 13
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 13
3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni	3 di 13
4. Periodi di carenza contrattuali	4 di 13
5. Dichiarazioni dell' Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario	4 di 13
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	5 di 13
7. Premi	5 di 13
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	5 di 13
9. Diritto di recesso	6 di 13
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	6 di 13
11. Legislazione applicabile	6 di 13
12. Regime fiscale	6 di 13
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6 di 13
13. Sinistri – Liquidazione dell' indennizzo	6 di 13
14. Reclami	6 di 13
15. Arbitrato irrituale	8 di 13
• GLOSSARIO	8 di 13

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINE

• Norme che regolano il contratto in generale	2 di 79
• Cosa fare in caso di sinistro	5 di 79
• Norme che regolano l' assicurazione infortuni	10 di 79
• Allegato A - Attività professionali codificate	16 di 79
• Allegato B - Attività assicurabili con patto speciale	22 di 79
• Sezione Assistenza - Norme Comuni	24 di 79
• Sezione Infortuni Tempo libero e lavoro	24 di 79
• Sezione Infortuni Full Time	34 di 79
• Sezione Assistenza - Tempo libero & lavoro/Full Time	39 di 79
• Sezione Infortuni Full Time - Formula Facile	49 di 79
• Sezione Assistenza - Full Time - Formula Facile	55 di 79
• Sezione Infortuni Circolazione	57 di 79
• Sezione Assistenza - Circolazione	59 di 79
• Sezione Malattia	67 di 79
• Norme di legge richiamate in polizza	75 di 79

3

INFORMATIVA PRIVACY

1

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione Infortuni e Salute "UnipolSai INFORTUNI" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

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

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

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

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL' IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL' IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, Telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) 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; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell' Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00 con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del

marginale di solvibilità disponibile e l'ammonter del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 133,3%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all' Art. 1.10 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Se è pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta (Art. 1.14 delle Condizioni di Assicurazione).

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

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

- a) **INFORTUNI:** la Società indennizza gli infortuni che provochino la Morte dell'Assicurato, una Invalidità Permanente, una Inabilità Temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Si rinvia all' Art. 3.1 delle "Norme che regolano l' Assicurazione Infortuni" per gli aspetti di dettaglio.
- b) **MALATTIA:** la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che provochino all' Assicurato una Invalidità Permanente, una Inabilità Temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle Condizioni di assicurazione. Si rinvia all' Art. H.2 della "Sezione Malattia" per gli aspetti di dettaglio.
- c) **ASSISTENZA:** la Società mette a disposizione dell' Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, un aiuto nel caso in

cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di assicurazione. Si rinvia agli Articoli 4 e seguenti ed ai singoli pacchetti (Completo, Completo-Top, Comfort e Classico) delle Sezioni Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell' indennizzo. Si rinvia agli Articoli delle Condizioni di assicurazione: 3.4 Sezioni Infortuni, 4.3 Sezione NOTA INFORMATIVA 3 di 9 Assistenza, H.6 Sezione Malattia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione, e/o alla Scheda di polizza.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie e scoperti mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente

1° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00
Franchigia: 3%
Invalidità Permanente accertata: 7%
Indennizzo da liquidare:
7% (I.P. accertata) - 3% (franchigia)
= 4% x € 100.000,00 = € 4.000,00

2° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00
Franchigia: 3%
Invalidità Permanente accertata: 2%
Indennizzo da liquidare:
nessuno, in quanto la franchigia del 3% risulta superiore alla I.P. accertata.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea o Ricovero o Convalescenza o Immobilizzazione

1° esempio

Indennità giornaliera assicurata per
Inabilità Temporanea: € 50,00
Franchigia: 10 giorni
Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 15
Importo da liquidare:
15 giorni (di inabilità accertati) - 10 giorni (franchigia)
= 5 giorni x € 50,00 al giorno = € 250,00

2° esempio

Indennità giornaliera assicurata per
Inabilità Temporanea: € 50,00
Franchigia: 10 giorni
Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 7
Importo da liquidare:
nessuno, in quanto il numero dei giorni di franchigia è superiore a quello dei giorni di Inabilità Temporanea.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto e del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso Spese Mediche

1° esempio

Somma assicurata per
Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per
Rimborso Spese Mediche: € 300,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.
Rimborso da liquidare:
€ 300,00 - € 40,00 = € 260,00
(perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata per
Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per
Rimborso Spese Mediche: € 4.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il

massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 4.000,00 - € 250,00 = € 3.750,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al massimo non indennizzabile).

3° esempio

Somma assicurata per
Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00
Spese effettivamente sostenute per
Rimborso Spese Mediche: € 7.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 5.000,00, in quanto l'importo delle spese sostenute detratto lo scoperto previsto (€ 7.000,00 - € 250,00 = € 6.750,00) risulta superiore alla somma assicurata in polizza.

Avvertenza: le coperture Infortuni e Malattia sono prestate fino alla scadenza annuale del premio successiva al compimento da parte dell'Assicurato del limite massimo di età indicato all' Art. 1.10 "Proroga del contratto e periodo di assicurazione" delle Condizioni di assicurazione, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: le coperture Malattia sono prestate con dei termini di carenza che variano a seconda della garanzia acquistata e che vengono indicati all' Art. H.5 "Termini di carenza e decorrenza della garanzia" delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell' Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all' Art. 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta le coperture Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall' Assicurato nel Questionario Sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Il Contraente o l' Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia agli Artt. 1.5 "Aggravamento del rischio" e 1.6 "Diminuzione del rischio" delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Di seguito si illustrano in forma esemplificativa tre ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto l' Assicurato dichiara di svolgere l' attività professionale di "Addetto al call-center" (classe di rischio "A") di una società di servizi. Successivamente, nel corso del contratto, il call-center viene chiuso e l' Assicurato è costretto ad intraprendere l' attività professionale di "Muratore" (classe di rischio "D") presso un' impresa edile. Se l' Assicurato non comunica alla Società questa modificazione del rischio, in caso di sinistro la Società ridurrà l' indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto l' Assicurato dichiara di svolgere l' attività professionale di "Autotrasportatore con carico e scarico" (classe di rischio "D"). Successivamente, nel corso del contratto, l' Assicurato decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione ("Pensionato" = classe di rischio "B"). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte dell' Assicurato, ad una riduzione del premio

in proporzione all' avvenuta diminuzione del rischio.

3° esempio (Aggravamento del rischio)

Successivamente alla stipula del contratto l' Assicurato decide di dedicarsi, nel suo tempo libero, ad un nuovo hobby che prevede anche la lavorazione del legno mediante macchine ed utensili potenzialmente molto pericolosi.

Se l' Assicurato non comunica alla Società questa oggettiva modificazione del rischio, in caso di sinistro avvenuto durante lo svolgimento della suddetta attività la Società può rifiutare del tutto o in parte la liquidazione dell' indennizzo e recedere dal contratto.

7. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all' Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente. La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali o quadrimestrali o trimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al 3%, al 4% e al 5% del premio della singola rata.

Si rinvia agli Artt.1.3 "Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie" e 1.4 "Frazionamento del premio" delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società o l' intermediario assicurativo possono applicare sconti sul premio di polizza qualora vengano assicurati con il medesimo contratto un numero di persone o veicoli pari o superiore a 3. Rimangono tuttavia sempre esclusi dal conteggio le persone o i veicoli assicurati con le forme di copertura a combinazioni fisse di garanzie/somme assicurate e premio previste dalle condizioni contrattuali.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il relativo premio

sono soggetti ad adeguamento automatico salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all' indicizzazione. Si rinvia all' Art.1.12 "Indicizzazione (adeguamento delle somme assicurate)" delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Inoltre, la garanzia Invalidità Permanente da Malattia viene prestata con l' adeguamento automatico del premio in base all' età dell' Assicurato, così come specificato all' Art. H. 3 "Adeguamento premio garanzia IPM" della Sezione Malattia.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: qualora il contratto non preveda garanzie della sezione Malattia, la Società e il Contraente possono recedere dal contratto, e per tutta la durata dello stesso, dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell' indennizzo, dandone preventiva comunicazione, mediante lettera raccomandata all' altra Parte.

Qualora invece il contratto preveda anche garanzie della sezione Malattia e sia di durata poliennale, il recesso per sinistro potrà essere esercitato dalla Società e dal Contraente entro un periodo massimo di due anni dalla data di effetto della polizza.

Si rinvia all' Art. 1.8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza. Tuttavia qualora siano state rese operanti garanzie relative alla Sezione Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente (Art. 1.10 delle Condizioni di assicurazione).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è

verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952, comma 2, del codice civile).

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all' assicurazione sono a carico del Contraente. Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all' imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) Assistenza: 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell' indennizzo

Avvertenza:

- Coperture Infortuni

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

- Coperture Malattia:

Invalidità Permanente da Malattia

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è quando, secondo parere del medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una Invalidità Permanente. L' Assicurato o il Contraente devono denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da tale momento; la denuncia di sinistro deve essere corredata

da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti, nonché da un certificato medico attestante la guarigione clinica o remissione della malattia purchè la stessa sia stabile, quantificabile e ad esito non infausto. L' indennità viene determinata quando per effetto della remissione della malattia, le minorazioni risultano stabili, quantificabili e ad esito non infausto a giudizio medico e comunque entro 540 giorni dalla data della denuncia della malattia.

Inabilità temporanea, Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza e Indennità per immobilizzazione.

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è considerato:

- in caso di Inabilità temporanea, il primo giorno di perdita, totale o parziale, della capacità di attendere all' attività dichiarata in polizza;
- in caso di Indennità per ricovero o per ricovero e convalescenza, il primo giorno di ricovero;
- in caso di Indennità per immobilizzazione, il primo giorno di applicazione di un mezzo di contenzione.

L' Assicurato o il Contraente devono denunciare alla Società la malattia entro 3 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità; la denuncia deve essere 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 data, ora e luogo dell' evento.

In caso di sinistro infortuni o malattia l' Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura. L' inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita

totale o parziale del diritto all' indennizzo.

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

Si rinvia alla sezione "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri" (Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro) delle Condizioni di assicurazione e alla sezione "Norme per la liquidazione dei sinistri" delle Norme che regolano l' assicurazione Malattia (Art. H.7 - Obblighi in caso di sinistro) per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno.

Avvertenza: la gestione dei sinistri relativi alla Sezione Assistenza è affidata ad "Uni-Salute S.p.A. - Rimborso UnipolSai - c/o CMP BO, Via Zanardi 30, 40131 Bologna Bo". Si rinvia all' Art 4.5 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02.5181.5353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l' esponente non si ritenga soddisfatto dell' esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all' IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331.

I reclami indirizzati all' IVASS devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei

reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell' Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

- all' IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell' impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>),

richiedendo l' attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

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

15. Arbitrato irrituale

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

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

GLOSSARIO

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

- **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.
- **Assistenza:** aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all' Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.
- **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.
- **Contraente:** soggetto che stipula l' assicurazione.
- **Convalescenza:** il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.
- **Corpi speciali:** intendendosi per tali i Corpi Militari e/o le Forze dell' Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:
 - paracadutismo
 - attività subacquee in genere
 - scalata di rocce o di ghiacciai
 - pilota o membro dell' equipaggio di aeromobili
 - speleologia
- **Day Hospital:** le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l' esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.
- **Difetto fisico:** perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).
- **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 notule e ricevute dei farmaci).
- **Ebbrezza alcolica:** la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico superiore a 0,8 grammi/litro.
- **Fascicolo Informativo:** l' insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte di danno che è esclusa dall' indennizzo espressa in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo 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 dell' Assicurato, totale o parziale, di svolgere le sue abituali occupazioni a seguito dell' applicazione di un mezzo di contenzione.
- **Inabilità temporanea:** perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell' Assicurato ad attendere all' attività dichiarata in polizza.
- **Indennizzo:** somma dovuta dalla Società all' Assicurato in caso di sinistro.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente, una inabilità temporanea 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.
- **Invalidità Permanente specifica:** perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell' Assicurato all' esercizio della propria professione dichiarata in polizza.
- **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, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Lavoro aereo e attività pericolose di volo:** intendendosi per tali le attività di volo comunemente 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.
- **Lavoro manuale:** personale e diretta partecipazione dell' Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.
- **Malattie:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Malattie coesistenti:** malattie o invalidità presenti nell' Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
- **Malattie concorrenti:** malattie o invalidità presenti nell' Assicurato, che determinano un' influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
- **Malattie congenite:** malattie esistenti dalla nascita e la cui origine risale alla vita intrauterina.

- **Malattie croniche:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e soggetta a processo morboso di lunga durata, con decorso lento e progressivo.
- **Malattia oncologica:** si intende ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell' organo colpito); sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica; sono esclusi basaliomi e spinaliomi.
- **Malattie recidive:** comparsa di una malattia in chi già ne era stato colpito e ne era clinicamente guarito.
- **Malformazione:** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.
- **Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa.
In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** documento che prova l' esistenza del contratto assicurativo.
- **Premio:** somma dovuta alla Società dal Contraente a corrispettivo dell' assicurazione.
- **Questionario sanitario:** il documento che raccoglie le dichiarazioni dell' Assicurato sul suo stato di salute.
Deve essere compilato e sottoscritto dall' Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.
- **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 alpino:** la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.
- **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 percentuale del danno indennizzabile.
- **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 UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **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 rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, free-climbing, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungeejumping (salto con l' elastico), kite-surf.
- **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; escluse comunque 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. Sono escluse 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".

GLOSSARIO SPECIFICO DELLA SEZIONE ASSISTENZA

- **Nucleo familiare:** le persone risultanti dallo stato di famiglia del Contraente / Assicurato (alla data del sinistro).
- **Second Opinion:** servizio di consulenza specialistica, in collaborazione con la Società Best Doctors, che ha come fine l' ottenimento di un secondo parere sulla prima diagnosi effettuata dal medico dell' Assicurato.
- **Società:** Compagnia di assicurazioni UniSalute S.p.A.
- **Struttura Organizzativa/Centrale Operativa:** è la struttura attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all' anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla garanzia Assistenza.

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

Ed. 01/03/2014

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



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA
00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol
Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n.
1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
IL GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell' Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo, nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 – Modifiche dell' assicurazione

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

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie

Fermi i termini di aspettativa previsti dalle Norme che regolano l' assicurazione Malattia, l' assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente, ad ogni scadenza successiva non paga il premio o nell' ipotesi di frazionamento le rate del premio successivo, 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' Art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all' Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 1.4 – Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne 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. 1.5 – Aggravamento del rischio (valido solo per la Sezione Infortuni)

Il Contraente o l' Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che aggravano il rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all' indennizzo nonché la stessa cessazione dell' assicurazione ai sensi delle disposizioni dell' Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 – Diminuzione del rischio (valido solo per la Sezione Infortuni)

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

Art. 1.7 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.8 – Recesso in caso di sinistro

• Contratti che non prevedono garanzie della Sezione Malattia

Dopo ogni sinistro, come definito a termini

di polizza, 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 mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso.

La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto degli oneri fiscali. L' eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia da parte della Società alla facoltà di recesso.

• **Contratti che prevedono garanzie della Sezione Malattia**

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda anche garanzie relative alla Sezione Malattia, ma non la garanzia Invalidità Permanente Malattia, ciascuna delle Parti - entro due anni dalla data di effetto della polizza - avrà facoltà di recedere dall' assicurazione dopo ogni sinistro, così come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell' indennizzo, dandone preventiva comunicazione all' altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione, salvo diversa indicazione, mentre il recesso da parte della Società ha effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione.

La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell' imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Inoltre, qualora la presente polizza ne sostituisca un' altra della stessa Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione di 2 anni, quest' ultimo è ripristinato:

- integralmente per le nuove garanzie e/o per gli incrementi di somme garantite alle persone già precedentemente assicurate con la polizza sostitutiva;

- per un periodo pari a quello necessario per l' esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita, per le persone, le garanzie e le somme assicurate precedentemente garantite con quest' ultima.

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda la garanzia Invalidità Permanente della Sezione Malattia, la Società rinuncia alla facoltà di esercitare il recesso per sinistro.

Art. 1.9 – Altre assicurazioni

Il Contraente, o l' Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l' esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Nei contratti stipulati ove si identificano uno o più veicoli, la comunicazione deve essere effettuata solo dal Contraente. L' omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all' indennizzo.

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

- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni/Malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

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

Art. 1.10 – Proroga del contratto e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell' assicurazione, il contratto di durata non inferiore a un

anno è prorogato per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende 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.

Nel caso in cui la polizza sia di durata poliennale, le Parti avranno comunque facoltà di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale. Tuttavia qualora siano state rese operanti garanzie relative alla Sezione Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente. Limitatamente alle sotto elencate garanzie, se prestate, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento:

- del 54° anno di età dell'Assicurato per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia;
- del 65° anno di età dell'Assicurato per la garanzia Inabilità Temporanea da Malattia;
- del 73° anno di età dell'Assicurato per la garanzia Rendita Vitalizia immediata rivalutabile;
- del 75° anno di età dell'Assicurato per tutte le garanzie previste dalla Sezione Malattia fatta eccezione per quelle esplicitamente indicate sopra;
- del 80° anno di età dell'Assicurato per tutte le garanzie previste dalla Sezione Infortuni.

Art. 1.11 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.12 – Indicizzazione (adeguamento delle somme assicurate)

Salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all'indicizzazione, il con-

tratto è soggetto ad adeguamento automatico secondo le seguenti norme.

Le somme assicurate e il premio sono collegati al numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

- alla polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ciascuna annualità di premio si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) con l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in più o in meno, le somme assicurate ed il premio vengono aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad ogni scadenza annuale sarà in facoltà delle Parti di rinunciare all'aggiornamento della polizza, restando somme assicurate, massimali e premi quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato. Tale rinuncia dovrà essere comunicata almeno sessanta giorni prima della scadenza annua. In tal caso sarà facoltà dell'altra Parte di recedere dal contratto dalla medesima scadenza, con preavviso di trenta giorni.

In caso di eventuale ritardo o di interruzione nella pubblicazione degli indici, la Società proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il Contraente non accetti l'adeguamento, la Società - a sua scelta - ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo aggiornamento effettuato oppure di recedere dallo stesso con le modalità di cui sopra.

Non sono soggetti ad adeguamento i limiti espressi in giorni, le franchigie espresse in

cifra assoluta o in giorni, i minimi ed i massimi di scoperto, i valori espressi in percentuale, nonché tutte le prestazioni della Sezione Assistenza e della garanzia Rendita Vitalizia se prestata.

Art. 1.13 – Assistenza

La Società presta le garanzie indicate alla Sezione Assistenza in collaborazione con l'impresa Unisalute S.p.A. e con la sua Struttura Organizzativa.

Art. 1.14 – Pattuizione della non rinnovabilità della polizza

Quando è pattuita la non rinnovabilità della polizza, questa cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

Art. 1.15 – Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.16 – Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.17 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.18 – Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Si premette che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo cronico, A.I.D.S. conclamato, tossicodipendenza.

In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, al manifestarsi di tali affezioni senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 1.19 – Assicurazioni per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 2.1 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro sottoscritta dall'Assicurato o – in caso di impedimento per le conseguenze riportate – dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, 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 legittimi e/o testamentari, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. 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.

Relativamente alle garanzie infortuni sotto riportate valgono le seguenti disposizioni:

- **Inabilità temporanea:** l'indennizzo per Inabilità temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Inabilità temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di Inabilità.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di Inabilità certificati.

- **Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza:** la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del ricovero o del Day Hospital, deve essere presentata alla Società entro il centovesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documen-

tazione prodotta la congruità dei periodi di ricovero e convalescenza certificati.

- **Indennità per immobilizzazione:** la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'immobilizzazione, deve essere presentata alla Società entro il centovesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione. In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di immobilizzazione certificati.

- **Rimborso spese mediche da infortunio:** il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato viene effettuato dietro presentazione degli originali delle notule, distinte e ricevute. Le stesse, se richieste, verranno restituite previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua in Euro il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero in Paesi non aderenti all'Unione Monetaria, il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 2.2 – Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte

dall' infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art. 2.3 – Liquidazione ai beneficiari per la Morte dell' Assicurato

Se l' infortunio ha come conseguenza la Morte, la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell' Assicurato in parti uguali. Se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente ed in conseguenza dell' infortunio subito l' Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l' indennizzo per Morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Qualora l' Assicurato sia scomparso a seguito d' infortunio indennizzabile ai termini di polizza e, in applicazione degli Artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell' Art. 211 del Codice della Navigazione, l' Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la Morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di Morte.

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

- il certificato di Morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- il certificato autoptico;
- il certificato di non gravidanza della coniuge superstite

Art. 2.4 – Determinazione dell' Invalidità Permanente – Tabella A

L' indennizzo per Invalidità Permanente parziale

è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri seguenti e le percentuali indicate nella Tabella A che segue.

Se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale, le percentuali indicate nella Tabella A vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta.

Nei casi non specificati dalla Tabella A, 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 dovute 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 sotto indicate saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente, tenendo conto della applicabilità dei presidi correttivi.

Perdita anatomica o funzionale di:

- | | |
|---|----------------------------|
| • un arto superiore | 70% |
| • una mano o un avambraccio | 60% |
| • un pollice | 18% |
| • un indice | 14% |
| • un medio | 8% |
| • un anulare | 8% |
| • un mignolo | 12% |
| • una falange ungueale del pollice | 9% |
| • una falange di altro dito
della mano | 1/3
del valore del dito |
| • anchilosi della scapolo omerale | |

- con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola 25%
- rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- paralisi completa del nervo ulnare 20%
- paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno 15%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

- una vertebra cervicale 12%
- una vertebra dorsale 5%
- 12° dorsale 10%
- una vertebra lombare 10%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%
- esiti di frattura del sacro 3%
- esiti di frattura del coccige con callo deforme 5%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

- al di sopra della metà della coscia 70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba 50%
- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- un altro dito del piede 1%
- la falange ungueale dell' alluce 2,5%
- anchilosi dell' anca in posizione favorevole 35%
- rottura sottocutanea del tendine quadricipitale 5%
- anchilosi del ginocchio in estensione 25%
- esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore 9%
- rottura sottocutanea del tendine rotuleo 5%
- rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto 10%
- anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragala 15%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un occhio 25%
- ambedue gli occhi 100%

Sordità completa di:

- un orecchio 10%
- ambedue gli orecchi 40%

Stenosi nasale assoluta:

- monolaterale 4%
- bilaterale 10%

Perdita anatomica di:

- un rene 15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%
- perdita della voce 30%

Art. 2.5 – Ernie da sforzo – Criteri di indennizzo

Per le ernie determinate da sforzo, si conviene quanto segue:

- qualora l' ernia non risulti operabile, secondo giudizio medico, la Società corrisponderà un indennizzo per Invalidità Permanente in base al grado eventualmente residuo, valutabile – in ogni caso – in misura non superiore al 10% della totale;
- qualora l' ernia risulti – secondo giudizio me-

dico - operabile e la stessa non abbia residuato una Invalidità Permanente, la Società corrisponderà una Indennità giornaliera pari ad 1/1000 della somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 100,00 giornaliero, per una durata pari al periodo di ricovero necessario al relativo intervento chirurgico. Tale Indennità è cumulabile con l' Indennità di solo ricovero e/o ricovero e con convalescenza - purchè prevista in polizza.

Art. 2.6 – Anticipo indennizzi

A) Per Invalidità Permanente

Trascorsi centoventi giorni dalla data di accadimento dell' infortunio, l' Assicurato può richiedere, con idonea documentazione medico legale, il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile ammontare dell' indennizzo per Invalidità Permanente con un massimo di € 25.000,00 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull' indennizzabilità dell' infortunio;
- 2) sia prevedibile un grado di Invalidità Permanente superiore al 5%.

Il pagamento dell' acconto non costituisce impegno definitivo della Società sul grado percentuale di Invalidità Permanente da liquidarsi.

B) Per Inabilità temporanea e/o per Indennità per ricovero

In caso di Inabilità temporanea e/o Indennità per ricovero che comporti una durata di almeno sessanta giorni senza soluzione di continuità e certificata da idonea documentazione medica, l' Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a trenta giorni a titolo di anticipazione dell' indennizzo dovuto.

Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle Indennità pattuite; pertanto, nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto alle Indennità, l' Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. 2.7 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell' Assicurato o

dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all' Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell' infortunio o della malattia.

Art. 2.8 – Diritto all' indennizzo

Il diritto all' indennizzo per infortunio - fatta eccezione per il caso Morte - è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.

Tuttavia, se l' Assicurato muore per causa indipendente dal sinistro e dopo che sia già stato possibile determinarne l' indennizzo o comunque sia stato offerto in misura determinata riguardante le garanzie:

Invalidità Permanente, Inabilità temporanea in qualsiasi forma prestata, Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, Indennità per immobilizzazione e Rimborso spese mediche a seguito di infortunio, la Società paga agli eredi l' importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.9 – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull' indennizzabilità del sinistro, sulle sue conseguenze, nonché sull' applicazione dell' Art. 2.4 Determinazione dell' Invalidità Permanente - Tabella A o della Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - possono essere demandate - in alternativa al ricorso all' Autorità Giudiziaria Ordinaria -, con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di Assicurazione, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell' Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, l' onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della Parte soccombente. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l' opportunità, l' accertamento

definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 3.1 – Garanzie prestate (operanti solo se indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A) Morte

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la Morte. L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. La garanzia è prestata anche se la Morte si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

B) Invalidità Permanente

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente. La garanzia è prestata anche se l'insorgere della Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio.

C) Inabilità temporanea - Criteri di indennizzo

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una Inabilità temporanea. L'indennizzo per Inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio.

L'Inabilità temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

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

La garanzia di Inabilità temporanea può essere prestata in una delle seguenti forme, specificata nella Scheda di polizza:

c.1) Inabilità temporanea "Parziale"

Se la garanzia viene prestata in tale forma la Società corrisponderà la somma assicurata come segue:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere all'attività dichiarata in polizza;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte all'attività dichiarata in polizza.

Tuttavia resta inteso che la Società corrisponderà comunque l'Indennità giornaliera integralmente – per un periodo massimo di novanta giorni per sinistro e per anno assicurativo - qualora l'infortunio determini uno o più dei seguenti casi:

- un ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi;

- un'immobilizzazione di almeno **20 giorni** consecutivi, con esclusione di quelle riguardanti le dita;
- una Invalidità Permanente di grado accertato pari o superiore al **15%**;
- qualora le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero e l'incapacità fisica totale e/o parziale, si sia esaurita nel termine pronosticato dal primo certificato rilasciato dai sanitari del detto Pronto Soccorso.

c.2) Inabilità temporanea "Integrale"

Se la garanzia viene prestata in tale forma la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o nella parziale incapacità fisica di attendere, anche in parte, all'attività dichiarata in polizza.

In entrambe le forme di garanzia di cui ai punti c.1) e c.2), la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata applicando una franchigia di:

- sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a 25 euro;
- dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a 25 euro e fino a 50 euro;
- quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a 50 euro.

Le suddette franchigie per Inabilità temporanea non si applicano quando l'infortunio comporti:

- a) un periodo di ricovero pari o superiore a due giorni in Istituto di Cura;
- b) un Day Hospital di un giorno con intervento chirurgico;
- c) un periodo di Inabilità temporanea di almeno quaranta giorni consecutivi comprovati da certificazione medica;
- d) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

D) Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza – Criteri di indennizzo

a) Indennità per solo ricovero - Day Hospital

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza un ricovero in Istituto di Cura o

un Day Hospital.

A guarigione clinica ultimata la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, di almeno due giorni consecutivi, una Indennità pari al **50%** dell'Indennità giornaliera in caso di ricovero.

Resta inteso che il giorno di entrata e quello di uscita dall'Istituto di Cura sono considerati una sola giornata, qualunque sia stata l'ora dell'accettazione in reparto e della dimissione ed inoltre la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, **trentosessantacinque giorni per infortunio.**

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 di urgenza in un Istituto di Cura del luogo, la Società corrisponderà l'Indennità giornaliera per ricovero maggiorata del **50%** per tutto il periodo di degenza all'estero.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà, oltre a quanto previsto al precedente punto a), una Indennità per convalescenza.

L'Indennità per convalescenza viene automaticamente riconosciuta per un importo giornaliero e una durata pari a quella del ricovero o di Day Hospital purchè la degenza sia stata di **almeno due giorni consecutivi** – senza alcun obbligo di esibizione di certificazione medica – e **comunque sino ad un periodo massimo di novanta giorni per infortunio.**

E) Indennità per immobilizzazione – Criteri di indennizzo

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza un'immobilizzazione a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose degli arti che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione immobilizzante inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione,

la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di Cura o da personale medico.

Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati sempreché rigidi ed esterni - esclusi i collari morbidi e bustini ortopedici - limitatamente al periodo in cui hanno svolto una funzione esclusivamente immobilizzante, purchè prescritti:

- in assenza di ricovero o 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 sessanta giorni per infortunio.

F) Rimborso spese mediche da infortunio - Criteri di indennizzo

La garanzia riguarda l' infortunio che ha come conseguenza le spese per:

- a) gli accertamenti diagnostici;
- b) gli onorari per visite di medici generici e/o specialisti, nonché , in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all' intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l' intervento;
- c) i medicinali, i trattamenti fisioterapici, ri-educativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 50% della somma assicurata;
- d) le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica entro il limite del 50% della somma assicurata;
- e) le rette di degenza;
- f) l' acquisto o il noleggio, per un periodo

massimo di **trecentosessanta giorni**, di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;

- g) il trasporto dell' Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l' Istituto di Cura o ambulatorio entro il limite del **20%** della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale debitamente quietanzate, previa deduzione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio, che rimane a carico dell' Assicurato.

Salvo quanto diversamente disposto dalla Condizione Aggiuntiva A) relativa agli "Sport ad alto rischio" contenuta nelle Sezioni di Garanzia costituenti parte integrante della polizza, la Società non applica deduzioni quando l' infortunio comporti:

- il ricovero in Istituto di Cura;
- un Day Hospital di **un giorno con intervento chirurgico**;
- una immobilizzazione, anche senza ricovero, per **almeno venti giorni**.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute **non oltre due anni dalla data dell' infortunio**. Resta comunque inteso tra le Parti che è sempre escluso il rimborso delle cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio. Il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato **limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre un anno dalla data del sinistro**.

In caso di infortunio che determini una Invalidità Permanente di grado superiore al 10%, la somma assicurata in polizza si intenderà raddoppiata, ma fino ad un importo massimo **aggiuntivo di € 10.000,00**.

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 sarà tenuta a rimborsare i tickets, nonché le spese mediche rimaste a suo carico, fino alla concorrenza della somma assicurata e senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 3.2 – Eventi parificati ad infortunio

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l' asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) le lesioni da ingestione di cibi e/o bevande;
- d) l' annegamento;
- e) l' assideramento o il congelamento;
- f) i colpi di sole o di calore;
- g) la folgorazione;
- h) gli infortuni subiti in conseguenza di stato di maleore o di incoscienza;
- i) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- j) le lesioni muscolari quali stiramenti e strappi;
- k) le ernie determinate da sforzo, limitatamente ai casi e modalità di prestazione previsti dall' Art. 2.5 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni;
- l) la rottura sottocutanea dei tendini limitatamente ai casi previsti dalla Tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni, con l' esclusione di quelle riguardanti la cuffia dei rotatori. Tale estensione è valida purché l' Assicurato alla data del sinistro risulti garantito con polizza infortuni della Società da almeno 180 giorni senza soluzione di continuità.

Art. 3.3 – Estensioni

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni subiti dall' Assicurato con colpa grave, imperizia e negligenza;

b) gli infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l' Assicurato non abbia partecipato attivamente salvo in caso di legittima difesa;

c) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell' Art.1912 del Codice Civile. Resta convenuto che la presente estensione è operante per i soli casi di Morte ed Invalidità Permanente e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell' indennizzo dovuto a termini di polizza e con il limite di € 250.000,00 per ogni persona assicurata. Relativamente a detta estensione – indipendentemente dai criteri di liquidazione operanti in polizza – l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base alle percentuali di valutazione previste dalla Tabella A dell' Art. 2.4 Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – e liquidato con deduzione di una franchigia assoluta del 10%;

d) gli infortuni, derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l' Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici 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. Qualora le prestazioni garantite siano riferite ad assicurati appartenenti ai Corpi Militari e/o Forze dell' Ordine, la presente estensione di garanzia non è operante nei periodi in cui gli stessi prestino servizio fuori dai confini della Repubblica Italiana;

e) le spese sostenute e documentate dall' Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, che comporti conseguenze di carattere estetico, fino ad un

importo massimo di € 5.000,00 per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Nel caso in cui sia assicurato un massimale per la garanzia "Rimborso spese mediche", l'importo previsto per la presente estensione dovrà considerarsi in eccedenza al relativo massimale assicurato.

La Società riconosce inoltre:

- f) una Indennità di € 2.000,00 a favore dello studente Assicurato che, per l'entità delle lesioni riportate a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, abbia perduto l'anno scolastico a seguito della impossibilità a frequentare le lezioni, nonché ed in base alle disposizioni ministeriali vigenti;
- g) un maggior indennizzo pari al 50% della somma assicurata per il caso di Morte, con il massimo di € 150.000,00, nel caso di infortunio mortale indennizzabile a termini di polizza, occorso all'Assicurato a seguito di rapina, scippo, estorsione, sequestro anche solamente tentato;
- h) il raddoppio della quota parte di indennizzo spettante per il caso di Morte ai figli minori conviventi e/o ai figli maggiorenni portatori di handicap, (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa) qualora, in conseguenza di un unico evento, si verificasse il decesso dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato. In ogni caso il maggior esborso della Società per il raddoppio delle Indennità non potrà superare l'importo massimo complessivo di € 150.000,00. Qualora i coniugi risultino entrambi assicurati con la presente polizza, fermo il limite di cui sopra, l'indennizzo aggiuntivo verrà calcolato esclusivamente sul capitale del coniuge che risulti assicurato per il caso di Morte con la somma più elevata.

Art. 3.4 – Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni causati da delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- b) gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo delle abilitazioni prescritte dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- c) gli infortuni causati dalla guida e dall'uso di qualsiasi mezzo di locomozione aereo e subacqueo, salvo quanto diversamente previsto nelle Sezioni di Garanzia costituenti parte integrante della polizza;
- d) gli infortuni causati da stato di ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere, nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti, salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico;
- e) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
- f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.3 lettera d) delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni;
- g) gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra o presidiati da Forze Militari internazionali in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace;
- h) gli infortuni causati da attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- i) le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente dallo sviluppo comunque

- insorto di energia nucleare o di radioattività;
- j) le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
 - k) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi attività sportiva salvo quanto diversamente previsto nelle Sezioni di Garanzia costituenti parte integrante della polizza;
 - l) gli infortuni causati dalla guida od uso di veicoli o natanti a motore per la partecipazione a gare, competizioni, allenamenti, prove, salvo si tratti di regolarità pura;
 - m) gli infarti;
 - n) gli infortuni occorsi all' Assicurato in servizio durante lo svolgimento di attività previste nella definizione di "Corpi Speciali";
 - o) gli infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di azioni o comportamenti del medesimo direttamente correlati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

La garanzia è operante solo se nella Scheda di polizza sono espressamente indicati la relativa somma assicurata ed il premio.

Art. 1 - Oggetto dell' assicurazione

In caso di Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza di grado superiore al 60%, accertata in base alle percentuali previste dalla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri o dalla Tabella di legge INAIL se resa operante, la Società riconosce all' Assicurato una rendita immediata vitalizia rivalutabile di importo annuo iniziale pari alla somma indicata nella Scheda di polizza erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula con la Società di una

polizza Vita a premio unico a favore dell' Assicurato stesso e senza alcun onere aggiuntivo a suo carico.

Tale contratto non è riscattabile. La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all' Assicurato vita natural durante.

L' assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di comunicazione da parte della Società dell' accertamento dell' Invalidità Permanente di grado superiore al 60%.

La rendita è erogata in rate posticipate ad ogni ricorrenza mensile successiva alla data di effetto dell' assicurazione: il pagamento delle prime 3 rate è effettuato in unica soluzione alla data prevista per l' erogazione della terza rata mensile.

Le relative condizioni contrattuali saranno quelle in vigore all' epoca della stipula, previamente consegnate al Contraente.

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI CODIFICATE

CLASSE DI RISCHIO A

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Agente di assicurazione

Agente di borsa

Agente di cambio

Agente di commercio che non provvede alla consegna di prodotti

Agente di viaggio

Agente immobiliare

Albergatore senza lavoro manuale

Ambasciatore in paesi Unione Europea

Amministratore

Analista finanziario

Annunciatrice

Antiquario con sola attività di vendita

Antropologo

Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Assistente geriatrico

Assistente sociale

Ausiliario socio sanitario

Avvocato

Baby sitters

Bambino in età prescolare

Bibliotecario

Bigliettaio/Controllore di cinema e teatri

Biologo

Broker di assicurazione

Call center addetto

Cameraman in studio

Cancelliere

Capostazione

Cartolaio

Casalinga

Cassiere

Centralinista

Certificatore di bilancio

Commercialista

Commesso addetto alla vendita di generi non alimentari

Concessionario di veicoli

Console in paesi Unione Europea

Consulente del lavoro

Coreografo

Corista

Costumista

Critico d'arte

Croupier

Dentista medico

Diplomatico in paesi Unione Europea

Dirigente con sola attività amministrativa e direttiva

Disegnatore occupato esclusivamente in ufficio

Enologo

Erborista

Esattore solo in ufficio

Farmacista con sola vendita di medicinali

Fattorino solo all'interno di uffici

Ferroviero addetto alla biglietteria o altra attività senza lavoro manuale

Fotografo solo in studio

Gelataio addetto alla sola vendita

Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Gestore cinema, teatro

Giornalaio

Giornalista/cronista occupato solo in ufficio	Politico/Amministratore pubblico titolare di carica istituzionale territoriale
Grafico	Pranoterapista
Hostess di terra	Presentatore
Impiegato con sola attività amministrativa	Presidente
Imprenditore con sola attività amministrativa e direttiva che può accedere a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi	Procacciatore d'affari
Ingegnere che non accede a cantieri	Procuratore legale
Insegnante di materie professionali senza prove di laboratorio	Professore universitario
Interprete	Programmatore
Libraio	Promoter
Logopedista	Promotore Finanziario
Logoterapista	Provveditore agli studi
Manicure	Psicanalista
Medico	Psichiatra
Merciaia	Psicologo
Metereologo	Pubblicista
Ministro del culto	Pubblicitario
Modella/o	Quadro/Funziionario con sola attività amministrativa e direttiva
Negoziante abbigliamento, confezioni, tessuti	Rappresentante che non provvede alla consegna di prodotti
Negoziante casalinghi	Revisore dei conti
Negoziante dischi, musica, strumenti musicali, audiovisivi	Ricercatore Scientifico
Negoziante giocattoli, articoli sportivi	Sacerdote
Negoziante profumerie	Sceneggiatore
Notaio	Scrittore
Odontoiatra	Segretario nella pubblica amministrazione
Operatore turistico	Sindaco
Ottico addetto alla vendita	Stilista
Panettiere addetto alla vendita	Suora
Parcheggiatore	Tabaccaio
Parroco	Tirocinante presso le A.S.L.
Parrucchiere	Traduttore
Pedicure	Truccatore
Perito	Ufficiale giudiziario
Phone center addetto	Usciere
Podologo	Xilografo

CLASSE DI RISCHIO B

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Addetto alla lavorazione di bigiotteria
Addetto alle pulizie pavimenti
Addetto autorimesse che non lavora manualmente
Addetto cave che dirige e sorveglia
Addetto pompe funebri senza trasporto
Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti
Agente marittimo
Agronomo
Albergatore con lavoro manuale
Allevatore di animali comuni diversi da bovini, equini, suini
Animatore di villaggi turistici
Antiquario con restauro
Archeologo
Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
Argentatore
Armaio addetto alla vendita
Attacchino
Badante
Bagnino
Barbiere
Barcaiolo addetto al trasporto di persone
Barista
Benzinaio addetto ai distributori
Bidello
Bigliettaio/Controllore su mezzi di trasporto
Botanico
Callista
Cameraman anche all'esterno
Cameriere
Cantante non professionista
Cantiniere

Cardatore
Casaro
Ceramista addetto alla sola decorazione
Cesellatore
Chimico/Analista Chimico in laboratorio di analisi escluso il trattamento di materie esplodenti
Cineoperatore
Cocchiere
Commesso addetto alla vendita di generi alimentari
Commesso viaggiatore
Conciatore senza uso di macchine a motore
Coniatore
Corniciaio senza uso di macchine
Cuoco
Custode
Decoratore in laboratorio
Dirigente che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi
Disegnatore occupato anche all'esterno
Disk jockey
Domestica (Colf)
Doratore
Droghiere
Enotecnico
Esattore in servizio esterno
Estetista
Facchino di piazza e portabagagli nelle stazioni
Farmacista con laboratorio di analisi per la preparazione di medicinali
Fattorino anche all'esterno di uffici
Fiorista
Fisioterapista
Floricoltore
Fotografo anche all'esterno
Fotomodella/o
Fruttivendolo
Fuochista addetto ad impianti di riscaldamento
Gelataio con uso di macchine

Geometra con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Odontotecnico
Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto	Orafo
Gioielliere addetto alla vendita	Orefice
Giornalista/cronista non inviato all'estero	Orologiaio
Governante	Ortopedico senza uso di macchine
Guantaio in lana o pelle (fabbricante)	Oste
Guida turistica	Ostetrica
Impagliatore	Ottico addetto alla riparazione
Impiegato con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi	Pastaio senza uso di macchine
Imprenditore con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi	Pasticcere senza uso di macchine
Indossatore/trice	Pellettiere
Infermiere	Pellicciaio
Ingegnere che accede a cantieri	Pensionato
Insegnante di ballo	Persona senza occupazione professionale
Insegnante di educazione fisica	Pescivendolo
Insegnante di materie professionali con prove di laboratorio	Piazzista
Istruttore di scuola guida	Pittore solo a terra
Lattaio	Pizzaio
Lavandiere	Pony express
Levigatore di pavimenti	Portiere di stabili
Linotipista	Postino
Litografo	Quadro/Funzionario che accede a laboratori, sale macchine, magazzini, depositi
Magazziniere/Addetto Vendita con lavori manuali leggeri	Radiotecnico senza installazione di antenne
Magliaia senza uso di macchine a motore	Rappresentante che provvede anche alla consegna di prodotti
Massaggiatore	Restauratore solo a terra
Mobiliere addetto alla vendita	Ricamatrice
Modellista in carta/cartone	Rilegatore senza uso di macchine a motore
Modista	Riparatore di macchine per ufficio, computer
Negoziante che attende alla vendita di biciclette	Ristoratore
Negoziante ferramenta, colori, vernici	Rosticciere
Negoziante supermarket, minimarket, bazar	Sagrestano
Netturbino	Sarto
	Spedizionario che accede agli ambienti di lavoro senza partecipazione manuale
	Stiratrice
	Studente

Tappezziere in laboratorio; senza uso di impalcature

Tassista

Toelettatura per animali

Tranviere

Valigiaio

Venditore ambulante

Veterinario

Vetrinista

Vigile urbano non motociclisti

Zoologo

CLASSE DI RISCHIO C

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Adetto a servizi vari anche su pista, con lavoro manuale nell' aviazione civile

Adetto alle pulizie vetri e insegne

Adetto autolavaggio

Adetto autorimesse con lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio

Adetto pompe funebri con trasporto e sepoltura

Addobbatore con impalcatura

Agricoltore senza uso di trattore

Allevatore di bovini, equini, suini

Antennista senza accesso ai tetti

Apicoltore

Ascensorista

Autotrasportatore senza carico e scarico

Ballerina/o non professionista

Benzinaio addetto raffinerie

Brunitore

Calzaturiere

Calzolaio

Cantoniere

Carrozziere

Cartaio

Ceramista addetti alla modellatura e cottura

Cestaio

Commesso addetto al trasporto e consegna

Conciatore con uso di macchine a motore

Corniciaio con uso di macchine

Cromatore

Decoratore all' interno di fabbricati

Dirigente che partecipa al lavoro manuale e/o con uso di macchine operatrici e/o con accesso a ponteggi e impalcature

Ebanista senza uso di macchine a motore

Elettrauto

Elettricista a contatto con correnti a bassa tensione fino a 420 volt

Elettrotecnico

Fabbro a terra o all' interno di fabbricati

Farmacista anche con preparazione di ossigeno

Ferroviero addetto allo smistamento merci

Ferroviero macchinista

Fotoreporter non inviato di guerra

Fuochista addetto a caldaie e macchine in genere

Geologo

Gommista

Gruista con manovra a distanza

Guardia campestre

Guardia forestale

Idraulico occupato solo a terra

Imbianchino senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Incisore di metalli

Incisore di ogni altro materiale

Intarsiatore

Lattoniere solo a terra

Macellaio senza macellazione

Magliaia con uso di macchine a motore

Marmista occupato in laboratorio senza uso di macchine o levigatori solo a terra

Meccanico

Meccanico di biciclette e motocicli

Modellista in ferro e legno

Nichelatore

Operaio

Ortopedico con uso di macchine

Panettiere addetto alla preparazione del pane

Pastaio con uso di macchine

Pasticcere con uso di macchine

Pastore

Pavimentatore

Piastrellista

Portavalori

Posatore di parquet

Potatore di alberi di piante basso fusto

Quadro/Funzionario che partecipa al lavoro manuale e/o con uso di macchine operatrici e/o con accesso a ponteggi e impalcature

Rigattiere

Rilegatore con uso di macchine a motore

Riparatore di elettrodomestici

Salumiere

Scalpellino solo a terra

Scultore solo a terra

Smaltatore

Stagnino solo a terra

Stradino

Tagliapietre solo a terra

Tappeziere con posa in opera; con uso di impalcature

Tintore

Tipografo

Verniciatore solo a terra e all'interno di fabbricati

Vetraio solo a terra

Vigile urbano motociclista

Vulcanizzatore

Zincografo

CLASSE DI RISCHIO D

Rientrano in questa classe le seguenti attività professionali:

Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione

Addetto all'abbattimento di piante

Addetto cave senza uso di esplosivi

Agricoltore con uso di trattore

Antennista con accesso ai tetti

Armaio addetto alla fabbricazione

Artiere

Asfaltatore

Autotrasportatore con carico e scarico

Barcaiolo addetto al trasporto di cose, compreso carico e scarico

Carpentiere

Chimico/Analista chimico in laboratorio di analisi compreso il trattamento di materie esplosive

Decoratore all'esterno di fabbricati con uso di ponteggi

Demolitore

Ebanista con uso di macchine a motore

Elettricista a contatto con correnti oltre 420 volt

Escavatorista

Fabbro in edificio in costruzione o su impalcature

Facchino addetto al carico e scarico di merci

Falegname

Ferroviero addetto alla manutenzione

Fresatore

Giardiniere con potatura di alberi ad alto fusto

Gruista su gru

Guardia giurata senza trasporto di valori

Guardia notturna

Idraulico occupato anche su tetti, impalcature e in pozzi

Imbianchino con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature

Imprenditore con partecipazione al lavoro di pesante manualità con uso di macchine operatrici

Lattoniere anche su impalcature e tetti

Lavoratore forestale

Macellaio con macellazione

Magazziniere con lavori manuali pesanti

Maniscalco

Marmista con uso di macchine o su ponti e impalcature

Mobiliere addetto alla fabbricazione

Motorista

Mugnaio

Muratore

Pescatore su laghi e fiumi

Pittore anche su impalcature e ponti

Potatore di alberi di piante alto fusto

Radiotecnico con installazione di antenne

Restauratore su ponti e impalcature

Saldatore

Scalpellino anche su ponti e impalcature

Scultore anche su impalcature e ponti

Spedizioniere che effettua anche carico e scarico

Stagnino anche su impalcature

Stalliere

Tagliapietre con accesso a cave e/o che lavorano su ponti e impalcature

Tornitore

Verniciatore su ponti e impalcature

Vetraio anche su impalcature e ponti

Vigilantes senza trasporto di valori

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

ALLEGATO B

ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Addestratori di animali

Addetto a funivie, seggiovie, oovie, 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 custodia

Agente di Pubblica Sicurezza

Agente di Pubblica Sicurezza corpi speciali

Allenatore sportivo

ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Ambasciatore resto del Mondo
Artista di strada
Atleta/sportivo professionista
Attore
Ballerina/o professionista
Cantante professionista
Carabiniere
Carabiniere corpi speciali
Collaudatore di veicoli/velivoli in genere
Console resto del mondo
Custode di zoo
Diplomatico resto del mondo
Direttore d'orchestra
Disinfestatore
Fantino
Fotoreporter inviato di guerra
Giornalista/cronista inviato all'estero/speciale di guerra
Giostraio
Guardia del corpo
Guardia di finanza
Guardia di finanza corpi speciali
Guardia giurata con trasporto di valori
Guida alpina
Investigatore/Detective privato
Istruttore sportivo
Magistrato
Marina militare
Marina militare corpi speciali
Marinaio
Marmista che lavora in cave con uso di mine
Militare (in servizio permanente effettivo)
Militare (in servizio permanente effettivo) corpi speciali
Minatore
Musicista
Palombaro

Personale che lavora in galleria
Personale di bordo di mezzi aerei
Personale di circhi equestri ed artisti acrobati
Pescatore su mari
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
Vigile del fuoco corpi speciali

SEZIONE ASSISTENZA - NORME COMUNI

4. NORME COMUNI CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Art. 4.1 - Oggetto dell' assicurazione

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell' Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle prestazioni descritte all' interno del pacchetto acquistato e risultante nella Scheda di polizza.

Art. 4.2 - Persone assicurate

Le garanzie sono prestate a favore del Contraente/Assicurato e del suo nucleo familiare (come da stato di famiglia al momento del sinistro).

Art. 4.3 - Esclusioni

L' assicurazione non è operante per:

- 1) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- 2) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d' aria, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- 3) conseguenze dirette o indirette di trasmu-

tazione del nucleo dell' atomo, di radiazioni provocate dall' accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

- 4) dolo dell' Assicurato.

Art. 4.4 - Modalità di richiesta di assistenza e denuncia del sinistro

Per ogni richiesta di assistenza l' Assistito dovrà contattare immediatamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 822 433 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all' estero, specificando:

- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l' assistenza;
- dati relativi al luogo dell' eventuale intervento;
- numero di polizza - nominativo del Contraente - eventuale numero di targa;
- di quale garanzia intende usufruire.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista. L' Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

SEZIONE INFORTUNI - TEMPO LIBERO & LAVORO®

SCELTA PERSONA**Art. A.1 - Oggetto dell' assicurazione****A) Rischio professionale ed extraprofessionale**

Se nella Scheda di polizza del contratto risulta assicurato il Rischio professionale ed extraprofessionale, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in

polizza, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

B) Rischio professionale ed "in itinere"

Se nella Scheda di polizza del contratto risulta assicurato il Rischio professionale ed in itinere, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento delle

proprie attività professionali dichiarate in polizza, nonché gli infortuni che avvengano in itinere, ovvero durante il percorso dall' abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

C) Rischio extraprofessionale

Se nella Scheda di polizza risulta assicurato il Rischio extraprofessionale, la Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità, nonché gli infortuni che avvengano in itinere, ovvero durante il percorso dall' abitazione al luogo di lavoro e viceversa. Inoltre se l' attività professionale dichiarata in polizza dall' Assicurato risulti quella di appartenente ai Corpi Militari e/o Forze dell' Ordine, sono esclusi dal rischio extraprofessionale gli infortuni occorsi durante gli interventi effettuati dall' Assicurato in ottemperanza alle funzioni istituzionali in orario extraprofessionale qualora il medesimo presti servizio presso il Corpo Militare indicato in polizza.

Art. A.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l' Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. A.3 – Estensione agli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive e relativi allenamenti e prove

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera k) delle Norme che regolano l' assi-

curazione infortuni, ai fini dell' operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sport compresi

a) "Sport del tempo libero".

b) "Sport agonistici".

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di sport agonistici:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Indennità per solo Ricovero;
- il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni;
- l' articolo A.6 e le condizioni particolari 201 - 202 - 204 - 206 - 208 - 213 della presente Sezione - se richiamate nella Scheda di polizza - devono intendersi non operanti, e l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:
 - sulla parte di somma sino a €100.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3% del totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 3% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente;
 - sulla parte di somma eccedente € 100.000,00 e fino a € 250.000,00, 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;
 - sulla parte della somma assicurata oltre € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte

eccedente;

- sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Ai fini dell' indennizzo le franchigie sopra riportate non si cumulano con altre eventualmente presenti in polizza; tuttavia qualora il contratto sottoscritto preveda una franchigia per Invalidità Permanente superiore (in relazione agli scaglioni, di cui sopra, distintamente considerati), quest' ultima sarà operante in sostituzione di quella evidenziata nel presente articolo.

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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

Nel caso risulti operante la forma di assicurazione "Top Target", per i sinistri derivanti dalla pratica di sport agonistici, l' indennizzo per Invalidità Permanente sarà in ogni caso calcolato in base alle franchigie ed ai criteri previsti dal contratto per tale forma di garanzia.

2) Sport esclusi

- c) • Sport ad alto rischio
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
 - Sport motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura;
 - Sport aerei.

Art. A.4 - Estensione dell' Indennità per immobilizzazione

Qualora in polizza risulti prestata la garanzia "Indennità per immobilizzazione" indicata all' Art.

3.1 lettera E) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, in caso di infortunio che determini una frattura scheletrica, radiologicamente accertata, per la quale - a giudizio dei sanitari - non sia necessaria l' applicazione di un mezzo di contenzione, la Società riconosce comunque un' Indennità giornaliera pari al 50% della garanzia Indennità per immobilizzazione per un periodo massimo di 30 giorni. Tale Indennità sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di prognosi certificati dal primo referto medico, purché rilasciato da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero.

Art. A.5 - Determinazione del premio e dell' indennizzo per il Rischio professionale

Il premio viene determinato in base alla classe di rischio nella quale rientra l' attività professionale dell' Assicurato dichiarata nella Scheda di polizza del contratto.

In caso di sinistro l' indennizzo verrà determinato come segue:

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

Attività professionale svolta al momento dell' infortunio	ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
	classe A	classe B	classe C	classe D
classe A	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
classe B	-15%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
classe C	-30%	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
classe D	-50%	-30%	-20%	Nessuna riduzione

Per le attività assicurate con patto speciale (R.D.) non si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

Art. A.6 - Invalità Permanente - Criteri di indennizzo

L' indennità per Invalità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella UnipolSai sottoriportata, applicando alla somma assicurata per Invalità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante -.

Percentuale da liquidare sulla parte di somma assicurata			
Grado di Invalità Permanente Accertato	Fino a € 250.000,00	oltre € 250.000,00 fino a € 500.000,00	Oltre € 500.000,00
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	2	0	0
5	2,5	0	0
6	3	0	0
7	4	0	0
8	6	1	0
9	8	3	0
10	10	5	0
11	11	6	1
12	12	7	2
13	13	8	3
14	14	9	4
15	15	10	5
16	16	11	6
17	17	12	7
18	18	13	8
19	19	14	9
20	20	15	10
21	22	17	12
22	24	19	14
23	26	21	16
24	28	23	18
25	30	25	20
26	32	28	24

Percentuale da liquidare sulla parte di somma assicurata			
Grado di Invalità Permanente Accertato	Fino a € 250.000,00	oltre € 250.000,00 fino a € 500.000,00	Oltre € 500.000,00
27	34	31	28
28	36	34	32
29	38	37	36
30	40	40	40
31	42	42	42
32	44	44	44
33	46	46	46
34	48	48	48
35	50	50	50
36	52	52	52
37	54	54	54
38	56	56	56
39	58	58	58
40	60	60	60
41	62	62	62
42	64	64	64
43	66	66	66
44	68	68	68
45	70	70	70
46	72	72	72
47	74	74	74
48	76	76	76
49	78	78	78
50	80	80	80
51	83	83	83
52	86	86	86
53	89	89	89
54	92	92	92
55	95	95	95
56	98	98	98
57	101	101	101
58	104	104	104
59	107	107	107
60	110	110	110
61	113	113	113
62	116	116	116
63	119	119	119
64	122	122	122
65	125	125	125
66	128	128	128
67	131	131	131
68	134	134	134
69	137	137	137
70	140	140	140

Percentuale da liquidare sulla parte di somma assicurata			
Grado di Invalidità Permanente Accertato	Fino a € 250.000,00	oltre € 250.000,00 fino a € 500.000,00	Oltre € 500.000,00
71	145	145	145
72	150	150	150
73	155	155	155
74	160	160	160
75	165	165	165
76	175	175	175
77	180	180	180
78	190	190	190
79	200	200	200
80	210	210	210
81	225	225	225
82	225	225	225
83	225	225	225
84	225	225	225
85	225	225	225
86	225	225	225
87	225	225	225
88	225	225	225
89	225	225	225
90	225	225	225
91	225	225	225
92	225	225	225
93	225	225	225
94	225	225	225
95	225	225	225
96	225	225	225
97	225	225	225
98	225	225	225
99	225	225	225
100	225	225	225

CONDIZIONI AGGIUNTIVE
(operanti per gli SPORT espressamente indicati nella Scheda di polizza con le relative somme assicurate e premi)

Le estensioni di garanzia relative alle attività sportive sottoriportate alle lettere **A), B) e C)** sono operanti purché le stesse non siano praticate come sport professionisti.

A) Sport ad alto rischio in genere (operanti solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga dell' Art. A.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme, indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa alla pratica degli sport ad alto rischio.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l' indicazione del relativo massimale assicurato nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di infortunio che abbia comportato almeno due giorni di ricovero consecutivi ed inoltre a parziale deroga dell' Art. 3.1 lettera F) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, verrà applicato in ogni caso uno scoperto del 15% con il minimo di € 100,00.

B) Sport motoristici e motonautici (operante solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga dell' Art. A.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica degli sport motoristici e/o motonautici e relative prove.

C) Sport aerei (operante solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga degli Artt. A.2, A.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei esercitati nei Paesi Europei ed in quelli del bacino del Mediterraneo.

Criteri di indennizzo per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alle lettere A) B) e C)

Relativamente alle suddette Condizioni aggiuntive - indipendentemente dai criteri di indennizzo operanti in polizza - l' indennizzo per

Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base alle percentuali di valutazione previste nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – e liquidato con deduzione della seguente franchigia assoluta:

- 5%, per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alla lettera A) (sport "ad alto rischio" in genere);
- 10%, per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alle lettere B) e C) (sport "motoristici, motonautici ed aerei").

Resta inteso che qualora l' Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l' Indennità senza deduzione della suddetta franchigia;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Inabilità temporanea da infortunio con franchigia assoluta (cod. 7)

A parziale deroga dell' Art. 3.1 lettera C) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni l' indennizzo per Inabilità temporanea viene corrisposto con applicazione di una franchigia pari al numero di giorni indicato nella Scheda di polizza. Pertanto l' indennizzo per Inabilità temporanea verrà corrisposto solamente per il periodo di giorni in eccedenza rispetto a quello indicato nella Scheda di polizza; fermo quanto stabilito ai punti a) b) c) d) del medesimo Articolo.

• Invalidità Permanente da infortunio con franchigia assoluta (cod. 109)

L' Articolo A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" si intende annullato e così sostituito:

l' Indennità per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o

alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente secondo il seguente criterio.

Non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza; se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l' indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente (fatta eccezione per gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici che seguono le regole previste da art. A.3).

Nel caso in cui l' Invalidità Permanente risulti di grado pari o superiore al 50% della totale, l' indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

• Invalidità Permanente da infortunio con franchigia relativa (cod. 123)

L' Articolo A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" si intende annullato e così sostituito:

l' Indennità per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente secondo i criteri previsti per l' opzione prescelta tra quelle qui di seguito riportate.

1) TOP TARGET con franchigia del 10%

Qualora venga resa operante questa forma di assicurazione nella Scheda di polizza, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore al 10%; se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l' indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Inoltre in tale forma di assicurazione nel caso in cui l' Invalidità Permanente da Infortunio accertata risulti di grado pari o superiore al 50%, la Società liquiderà il 100% della somma assicurata indicata in polizza.

- 2) **TOP TARGET con franchigia del 30%**
Qualora venga resa operante questa forma di assicurazione nella Scheda di polizza, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore al 30%; se invece essa risulta superiore a tale percentuale, la Società liquiderà il 100% della somma assicurata indicata in polizza.
- 3) **Nei casi in cui non sia operante la forma di assicurazione TOP TARGET**, non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulta di grado non superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza. Se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia (fatta eccezione per gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici che seguono le regole previste dall'art. A.3).

• **Tabella di legge INAIL (cod. 201)**

La Tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• **Invalidità Permanente con franchigie differenziate (cod. 202)**

L' Articolo A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" si intende annullato e così sostituito:

l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, l' indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e sino a € 250.000,00, 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;

- sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

• **Invalidità Permanente con franchigia 5% (cod. 203)**

L' Articolo A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" si intende annullato e così sostituito:

l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 250.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accerta-

- to, 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;
- sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente;
 - sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

• Invalidità Permanente con supervalutazione specifica (cod. 204)

Le percentuali di determinazione dell' Invalidità Permanente, previste dalla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – si intendono parzialmente modificate come segue:

- per la perdita totale anatomica o funzionale di un braccio o di una mano 100%
- per la perdita totale anatomica o funzionale del pollice 60%
- per la perdita totale anatomica o funzionale dell' indice 60%
- per la perdita totale anatomica o funzionale del medio 30%

- per la perdita totale anatomica o funzionale dell' anulare 15%
- per la perdita totale anatomica o funzionale del mignolo 15%
- per la perdita totale anatomica delle sole falangi o di anchilosi totale di una delle dita 1/2 delle percentuali riconosciute per ogni singolo dito
- per la perdita totale anatomica o funzionale di più dita e/o falangi della stessa mano percentuale massima 80%
- per la perdita totale della facoltà visiva di un occhio 50%
- per la sordità completa di un orecchio 25%
- per la sordità completa di ambedue gli orecchi 75%
- per la perdita totale anatomica o funzionale di un piede 70%

In caso di infortunio che comporti la minorazione funzionale di sole falangi o delle dita non si applica il disposto della presente Condizione Particolare.

Nei casi di infortunio riguardanti:

- a) esclusivamente una o più parti anatomiche sopra riportate, la liquidazione verrà effettuata in base alle percentuali suindicate - con il massimo del 100% - senza applicazione della Tabella UnipolSai (riportata nell' Art. A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro") né delle Condizioni Particolari "Invalidità Permanente con franchigia" qualora richiamate con i codici 203 o 213 o 202;
- b) contemporaneamente altre parti anatomiche oltre a quelle sopra riportate:
 - la somma delle percentuali dovute per ogni singola lesione non può superare il massimo del 100%;
 - per le parti anatomiche sopra riportate, la liquidazione verrà effettuata in base alle percentuali suindicate senza applicazione (riportata nell' Art. A.6) né delle Condizioni Particolari "Invalidità Permanente con franchigia" qualora richiamate

con i codici 203 o 213 o 202;

- in nessun caso l' indennizzo potrà essere superiore a quello risultante dall' applicazione della percentuale massima da liquidare prevista dalla Tabella UnipolSai (riportata nell' Art. A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro") e/o eventuale maggiorazione dell' indennizzo, se richiamata con codice 206.

La Società riconoscerà comunque - nei predetti casi a) e b) - l' importo più favorevole all' Assicurato risultante dal confronto dell' applicazione della presente Condizione Particolare rispetto ai criteri di indennizzo operanti in polizza.

• Invalidità Permanente con maggiorazione dell' indennizzo (cod. 206)

L' indennizzo relativo alla garanzia Invalidità Permanente calcolato in base al criterio di liquidazione reso operante in polizza - dedotta l' eventuale franchigia prevista - verrà maggiorato delle percentuali sottoriportate, in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, ovvero:

Grado di Invalidità Permanente accertato	Maggiorazione dell' indennizzo
dall' 11 % al 25%	15%
dal 26% al 50%	30%
dal 51% al 100%	50%

• Invalidità Permanente con Tabella UnipolSai plus (cod. 208)

A parziale deroga di quanto previsto dalla Tabella UnipolSai riportata all' Art. A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" - relativamente ai primi tre punti di Invalidità Permanente accertati - le percentuali da liquidare sulla parte di somma assicurata per Invalidità Permanente fino a € 250.000,00 s' intendono modificate come segue:

Gradi di I.P. accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1%	0,3%
2%	0,6%
3%	1%

Ferme le percentuali da liquidare per gradi di Invalidità Permanente accertati superiori al 3% e per quelle previste per scaglioni di somma assicurata superiore a € 250.000,00.

• Esclusione guida motoveicoli (cod. 209)

A parziale deroga dell' Art. A.1 "Oggetto dell' assicurazione", sono esclusi dalla garanzia gli infortuni causati dalla guida di motoveicoli di qualsiasi cilindrata.

• Invalidità Permanente con franchigia 3% (cod. 213)

L' Articolo A.6 della Sezione Infortuni "Tempo Libero & Lavoro" si intende annullato e così sostituito: l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 250.000,00, 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 eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, 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;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

• **Inabilità temporanea “integrale” limitata ai casi di Ricovero e Convalescenza (cod. 225)**

A parziale deroga dell' Art. 3.1 delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni lett. C) punto c.2) la garanzia Inabilità temporanea verrà liquidata in forma integrale solo quando, a seguito dell' infortunio, si verifichi una delle seguenti condizioni:

- l' Assicurato sia ricoverato per almeno un giorno presso un Istituto di Cura;
- all' Assicurato sia applicata una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni consecutivi.

Inoltre resta inteso che:

- in detti casi l' Indennità per Inabilità temporanea verrà riconosciuta senza applicazione di alcuna franchigia;
- nel caso in cui il ricovero sia di durata inferiore a tre giorni consecutivi (esclusi tutti i casi di Day Hospital) presso un Istituto di Cura, la Società eroga l' indennizzo a titolo di “convalescenza” per un periodo massimo di dieci giorni.

Nel caso in cui non si verifichi nessuna delle precedenti condizioni, non verrà liquidata alcuna Indennità.

• **Indennità per convalescenza prolungata (Cod. 228)**

A parziale deroga e ad estensione di quanto previsto dall' Art. 3.1 lettera D) - punto b), qualora il periodo di durata della convalescenza venga documentato mediante presentazione della certificazione dei medici curanti, l' Indennità per convalescenza potrà essere riconosciuta per un numero di giorni superiore a quelli del ricovero e fino ad un massimo pari al triplo dei giorni di degenza. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo dei giorni di ricovero e convalescenza, non potrà in ogni caso superare i novanta giorni per infortunio.

• **Indennità per immobilizzazione prolungata (cod. 229)**

A parziale deroga e ad estensione di quanto previsto dall' Art. A.4 in caso di frattura radiologicamente accertata di costole, femore, vertebre, bacino o coccige per la quale, a giudizio dei sanitari, non sia necessaria l' applicazione di un mezzo di contenzione, la Società riconosce integralmente (100%) l' Indennità giornaliera prevista in polizza per la garanzia Indennità per immobilizzazione per un periodo massimo di sessanta giorni. Tale Indennità sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di prognosi certificati dal primo referto medico, purché rilasciato da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero.

• **Esclusione sport (cod. 270)**

A parziale deroga dell' Art. A.3 lettere a) e b), sono esclusi dalla garanzia gli infortuni causati dalla pratica – comunque svolta – delle seguenti attività sportive: sport equestri, calcio e sci alpino e la pratica dello snowboard nelle forme hard e soft.

SCELTA PERSONA

Art. B.1 – Oggetto dell' assicurazione Rischio professionale ed extraprofessionale

La Società si obbliga ad indennizzare – nei limiti delle somme convenute – gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Art. B.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l' Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. B.3 – Estensione agli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive e relativi allenamenti e prove

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera k) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, ai fini dell' operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sport compresi:

- a) "Sport del tempo libero".
- b) "Sport agonistici".

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di sport agonistici:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Indennità per solo Ricovero.

- Il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni.
- l' articolo B.6 della presente Sezione e le condizioni particolari 66 - 75 - 201 della presente Sezione - se richiamate nella Scheda di polizza - devono intendersi non operanti, e l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:
 - sulla parte di somma sino a € 100.000,00, 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 eccedente € 100.000,00 e fino a € 250.000,00, 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;
 - sulla parte della somma eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente;
 - sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se

l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Ai fini dell' indennizzo le franchigie sopra riportate non si cumulano con altre eventualmente presenti in polizza; tuttavia qualora il contratto sottoscritto preveda una franchigia per Invalidità Permanente superiore (in relazione agli scaglioni, di cui sopra, distintamente considerati), quest' ultima sarà operante in sostituzione di quella evidenziata nel presente articolo.

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 franchigia;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%

Nel caso risulti operante la forma di assicurazione "Top Target", per i sinistri derivanti dalla pratica di sport agonistici, l' indennizzo per Invalidità Permanente sarà in ogni caso calcolato in base alle franchigie ed ai criteri previsti dal contratto per tale forma di garanzia.

2) Sport esclusi

- c) • Sport ad alto rischio;
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
 - Sport aerei.

Art. B.4 – Estensione dell' Indennità per immobilizzazione

Qualora in polizza risulti prestata la garanzia "Indennità per immobilizzazione" indicata all' Art. 3.1 lettera E) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, in caso di infortunio che determini una frattura scheletrica, radiologicamente accertata, per la quale – a giudizio

dei sanitari – non sia necessaria l' applicazione di un mezzo di contenzione, la Società riconosce comunque un' Indennità giornaliera pari al 50% della garanzia Indennità per immobilizzazione per un periodo massimo di 30 giorni. Tale Indennità sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di prognosi certificati dal primo referto medico, purché rilasciato da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero.

Art. B.5 – Esonero dichiarazione di variazione dell' attività professionale

L' Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società le eventuali variazioni dell' attività professionale indicata in polizza intervenute successivamente alla stipula del contratto, salvo che si tratti di professione rientrante tra quelle assicurabili con "patto speciale" di cui all' Allegato B delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio di polizza viene determinato indipendentemente dalla classe di rischio nella quale rientra l' attività professionale dell' Assicurato.

Art. B.6 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 130.000,00, 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 eccedente € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5% del-

la totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 5% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente;

- sulla parte della somma assicurata oltre € 260.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(operanti per gli SPORT espressamente indicati nella Scheda di polizza con le relative somme assicurate e premi)

Le estensioni di garanzia relative alle attività sportive sottoriportate alle lettere **A), B) e C)** sono operanti purché le stesse non siano praticate come sport professionistici.

A) Sport ad alto rischio in genere (operanti solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga dell' Art. B.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme, indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa alla pratica degli sport ad alto rischio.

La garanzia Rimborso spese mediche - se resa operante tramite l' indicazione del relativo massimale assicurato nella Scheda di polizza - vale esclusivamente in conseguenza di infortunio che abbia comportato almeno due giorni di ricovero consecutivi ed inoltre a parziale deroga dell' Art. 3.1 lettera F) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, verrà applicato in ogni caso uno

scoperto del 15% con il minimo di € 100,00.

B) Sport motoristici e motonautici (operante solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga dell' Art. B.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme, indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica degli sport motoristici e/o motonautici e relative prove.

C) Sport aerei (operante solo se espressamente indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A parziale deroga degli Artt. B.2, B.3 punto 2) lett. c), nei limiti delle garanzie assicurate e relative somme, indicate nella Scheda di polizza, l' assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei esercitati nei Paesi Europei ed in quelli del bacino del Mediterraneo.

Criteri di indennizzo per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alle lettere A) B) e C)

Relativamente alle suddette Condizioni aggiuntive - indipendentemente dai criteri di indennizzo operanti in polizza - l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà determinato esclusivamente in base alle percentuali di valutazione previste nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - e liquidato con deduzione della seguente franchigia assoluta:

- 5%, per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alla lettera A) (sport "ad alto rischio" in genere);
- 10%, per gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport di cui alle lettere B) e C) (sport "motoristici, motonautici ed aerei").

Resta inteso che qualora l' Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l' Indennità senza deduzione della suddetta franchigia;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Invalidità Permanente da infortunio con franchigia assoluta (cod. 9)

A deroga dell' Art. B.6 della Sezione Infortuni "Full Time", non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulta di grado non superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza. Se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l' indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente (fatta eccezione per gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici che seguono le regole previste da art. B.3). Nel caso in cui l' Invalidità Permanente risulti di grado pari o superiore al 50% della totale, l' indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

• Invalidità Permanente da infortunio con franchigia relativa (cod. 23)

A deroga dell' Art. B.6 della Sezione Infortuni "Full Time", l' Indennità per Invalidità Permanente, determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente secondo i criteri previsti per l' opzione prescelta tra quelle qui di seguito riportate.

1) TOP TARGET con franchigia del 10%

Qualora venga resa operante questa forma di assicurazione nella Scheda di polizza, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore al 10%; se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l' indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Inoltre in tale forma di assicurazione nel caso in cui l' Invalidità Permanente da Infortunio accertata risulti di grado pari o superiore al 50%, la Società liquiderà il 100% della somma assicurata indicata in polizza.

2) TOP TARGET con franchigia del 30%

Qualora venga resa operante questa forma di assicurazione nella Scheda di polizza, non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore al 30%; se invece essa risulta superiore a tale percentuale, la Società liquiderà il 100% della somma assicurata indicata in polizza.

3) Nei casi in cui non sia operante la forma di assicurazione TOP TARGET, non si fa luogo

ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulta di grado non superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza. Se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l' indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia (fatta eccezione per gli infortuni derivanti dalla pratica di sport agonistici che seguono le regole previste da art. B.3).

• Invalidità Permanente ad Indennizzo Variabile (cod. 66)

L' Articolo B.6 della Sezione Infortuni "Full Time" si intende annullato e così sostituito:

l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta, secondo i criteri che seguono:

- In caso di Invalidità Permanente di grado fino al 10%, la Società liquida l' indennizzo in base alla percentuale accertata, applicata sul 50% della somma assicurata.
- In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 10% e fino al 50% la Società liquida l' indennizzo in base alla percentuale accertata, applicata sulla somma assicurata.
- In caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 50% ma inferiore al 100%, la Società liquida l' indennizzo in base alla percentuale accertata, applicata sulla somma assicurata maggiorata del 50%.
- In caso di Invalidità Permanente di grado

pari al 100% la Società liquida un indennizzo pari al doppio della somma assicurata.

• Invalidità Permanente con franchigia particolare (cod. 75)

L' Articolo B.6 della Sezione Infortuni "Full Time" si intende annullato e così sostituito:

l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 130.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, senza applicazione di franchigia;
- sulla parte di somma eccedente € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, 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;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 260.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' Indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' Indennità al 100%.

• Invalidità Permanente con franchigia 5% (cod. 84)

L' Articolo B.6 della Sezione Infortuni "Full Time" si intende annullato e così sostituito:

l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 260.000,00, 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;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 260.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La Tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Esclusione guida motoveicoli (cod. 209)

A parziale deroga dell' Art. B.1 "Oggetto dell' assicurazione", sono esclusi dalla garanzia gli infortuni causati dalla guida di motoveicoli di qualsiasi cilindrata.

• **Indennità per convalescenza prolungata (cod. 228)**

A parziale deroga e ad estensione di quanto previsto dall' Art. 3.1 lettera D) - punto b), qualora il periodo di durata della convalescenza venga documentato mediante presentazione della certificazione dei medici curanti, l' Indennità per convalescenza potrà essere riconosciuta per un numero di giorni superiore a quelli del ricovero e fino ad un massimo pari al triplo dei giorni di degenza. Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo dei giorni di ricovero e convalescenza, non potrà in ogni caso superare i novanta giorni per infortunio.

• **Indennità per immobilizzazione prolungata (cod. 229)**

A parziale deroga e ad estensione di quanto previsto dall' Art. B4 in caso di frattura radiologicamente accertata di **costole, femore, ver-**

tebre, bacino o coccige per la quale, a giudizio dei sanitari, non sia necessaria l' applicazione di un mezzo di contenzione, la Società riconosce integralmente (100%) l' Indennità giornaliera prevista in polizza per la garanzia Indennità per immobilizzazione per un periodo massimo di **sessanta giorni**. Tale indennità sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di prognosi certificati dal primo referto medico, purché rilasciato da un Pronto Soccorso dipendente da Presidio Ospedaliero.

• **Esclusione sport (cod. 270)**

A parziale deroga dell' Art. B.3 lettere a) e b), sono esclusi dalla garanzia gli infortuni causati dalla pratica - comunque svolta - delle seguenti attività sportive: sport equestri, calcio, sci alpino e la pratica dello snowboard nelle forme hard e soft.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE ASSISTENZA - TEMPO LIBERO & LAVORO/FULL TIME®

Garanzia sempre operante per le Sezioni TEMPO LIBERO & LAVORO/FULL TIME in base al pacchetto acquistato

Pacchetto Completo

I seguenti servizi vengono forniti a titolo gratuito dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800 822 433, 24 ore su 24, tutti i giorni, compresi i festivi.

Pareri ed informazioni in tempo reale

Art. 1 - Info al volante

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in tempo reale su vari argomenti di interesse comune tra cui:

- Informazioni sul traffico
- Percorsi, itinerari e mappe
- Distanze e pedaggi autostradali

- Distributori di benzina, gpl e metano
- Parcheggi
- Noleggio auto
- Meteorologia
- Farmacie di turno

Art. 2 - Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

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

Art. 3 - Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di una consulenza

telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

Prima assistenza nelle urgenze sanitarie

Art. 4 - Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell' intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell' Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 5 - Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l' Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa, accertata la necessità, provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300.000 metri complessivi a/r e con un massimale di 300,00 euro per sinistro e per cliente. La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l' alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente; in tali casi risulta necessario richiedere l' intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

Art. 6 - Rientro Sanitario con autoambulanza

Qualora l' Assicurato, successivamente al ricovero di primo soccorso a causa di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Società, previo giudizio del medico della Centrale Operativa, provvederà ad inviarla tenendo a proprio carico la spesa relativa fino ad un

limite di 300.000 metri e con un massimale di 300,00 euro per sinistro e per cliente.

Art. 7 - Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

Art. 8 - Consegna esiti al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

La Società terrà a proprio carico la consegna, mentre resta a carico dell' Assicurato il costo degli accertamenti. L' Assicurato dovrà comunicare il nome dell' eventuale medico curante e il recapito telefonico.

Art. 9 - Prelievo campioni biologici

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.

Il costo degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi rimane a carico dell' Assicurato.

Art. 10 - Spesa a domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 5 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

Qualora l' Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, su sua richiesta la Società provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare al suo domicilio la consegna di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l' acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L' Assicurato sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell' importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna. Resteranno a carico della Società i costi dell' organizzazione e dell' invio fino ad un massimo di € 250,00, mentre resta a carico dell' Assicurato l' intero costo dei generi alimentari/prima necessità ordinati.

Art. 11 - Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, la Società provvederà, nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l' onorario fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 14 giorni.

Per l' attivazione della garanzia, l' assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall' Istituto di Cura o appena in possesso del relativo certificato.

Art. 12 - Invio babysitter

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una babysitter, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

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

Art. 13 - Invio badante

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una badante, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

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

Programma riabilitativo e di supporto

Art. 14 - Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e conseguente immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all' atto delle dimissioni dall' Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere convenzionato, assumendone l' onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

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

Art. 15 - Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

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

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

Segreteria personale

Art. 16 - Trasmissione messaggi urgenti

Se l' Assicurato ha necessità di comunicare con un proprio familiare ed è impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettuerà 6 telefonate

nell' arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all' Assicurato.

Art. 17 - Servizio di Segreteria personale

La Centrale Operativa attua un servizio di Segreteria personale tra cui:

- Inoltro fax
- Conferma di prenotazioni
- Inoltro e-mail
- Promemoria

Assistenza in viaggio – Prestazioni all' estero

In collaborazione con IMA Assistance, telefonando al numero **+39 051 4161781**, attivo per tutto l' arco delle 24 ore, vengono prestati i seguenti servizi:

Art. 18 - Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

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

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

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

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

La decisione in merito all' effettuazione del trasporto ed al mezzo da utilizzare è di esclusiva competenza dell' équipe medica della

Società in relazione alle necessità tecniche e mediche del caso.

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

Art. 19 - Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero all' estero dell' Assicurato che superi i 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l' Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 20 - Interprete a disposizione all' estero

Qualora l' Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi entro un massimo di Euro 500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 21 - Prolungamento del soggiorno

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, le condizioni dell' Assicurato, a giudizio del medico curante e dell' équipe medica della Società, fossero tali da consigliare un' ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione, la Società provvederà a rimborsare le spese d' albergo relative, fino ad un massimo di € 500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 22 - Rientro di minori

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero dell' Assicurato all' estero, i figli minori di anni 15 si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, la Società provvederà ad organizzare

il rientro al domicilio dei figli dell' Assicurato tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 23 - Rientro a seguito di ricovero ospedaliero

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, l' Assicurato necessiti di rientrare al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell' Assicurato e di un parente residente in Italia, mettendo loro a disposizione un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) qualora non sia necessaria l' assistenza di personale medico e paramedico.

Art. 24 - Trasporto salma

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

Art. 25 - Rientro anticipato

In caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero, convivente dell' Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà

zerà il rientro anticipato dell' Assicurato stesso presso la propria abitazione tenendo a proprio carico i relativi costi.

Pacchetto Completo - Top

I seguenti servizi vengono forniti a titolo gratuito dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800 822 433, 24 ore su 24, tutti i giorni, compreso i festivi.

Pareri ed informazioni in tempo reale

Art. 1 - Info al volante

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in tempo reale su vari argomenti di interesse comune tra cui:

- Informazioni sul traffico
- Percorsi, itinerari e mappe
- Distanze e pedaggi autostradali
- Distributori di benzina, gpl e metano
- Parcheggi
- Noleggio auto
- Meteorologia
- Farmacie di turno

Art. 2 - Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

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

Art. 3 - Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

Prima assistenza nelle urgenze sanitarie

Art. 4 - Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell' intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell' Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 5 - Trasporto in autoambulanza

Nel caso in cui l' Assicurato, in seguito a infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa, accertata la necessità, provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300.000 metri complessivi e con un massimale di 300,00 euro per sinistro e per cliente. La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l' alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente; in tali casi risulta necessario richiedere l' intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

Art. 6 - Rientro Sanitario con autoambulanza

Qualora l' Assicurato, successivamente al ricovero di primo soccorso a causa di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Società, previo giudizio del medico della Centrale Operativa, provvederà ad inviarla tenendo a proprio carico la spesa relativa fino ad un limi-

te di 300.000 metri e con un massimale di € 300,00 per sinistro e per cliente.

Art. 7 - Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo

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

Art. 8 - Consegna esiti al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

La Società terrà a proprio carico la consegna, mentre resta a carico dell' Assicurato il costo degli accertamenti. L' Assicurato dovrà comunicare il nome dell' eventuale medico curante e il recapito telefonico.

Art. 9 - Prelievo campioni biologici

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

La Società terrà a proprio carico il costo del prelievo.

Il costo degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi rimane a carico dell' Assicurato.

Art. 10 - Spesa a domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 5 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

Qualora l' Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, su richiesta la Società provvederà, nelle quattro settimane successive al sinistro, ad organizzare la consegna al domicilio dell' Assicurato di generi alimentari/prima necessità.

Sarà a carico della Centrale Operativa trasferire la richiesta per l' acquisizione della lista dei generi alimentari/prima necessità da ordinare e delle coordinate utili alla consegna.

L' Assicurato sarà quindi informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell' importo totale che dovrà riconoscere al fattorino al momento della consegna. Resteranno a carico della Società i costi dell' organizzazione e dell' invio fino ad un massimo di € 250,00, mentre resta a carico dell' Assicurato l' intero costo dei generi alimentari/prima necessità ordinati.

Art. 11 - Collaboratrice domestica

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione certificata da prescrizione medica, la Società provvederà, nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una collaboratrice domestica, assumendone l' onorario fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 14 giorni.

Per l' attivazione della garanzia, l' assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione al-

meno 3 giorni prima della data di dimissioni dall' Istituto di Cura o appena in possesso del relativo certificato.

Art. 12 - Invio babysitter

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una babysitter, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

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

Art. 13 - Invio badante

Nei casi di ricoveri con frattura, che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una badante, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

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

Programma riabilitativo e di supporto

Art. 14 - Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali

- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e conseguente immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all' atto delle dimissioni dall' Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere convenzionato, assumendone l' onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

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

Art. 15 - Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

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

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

Segreteria personale

Art. 16 - Trasmissione messaggi urgenti

Se l' Assicurato ha necessità di comunicare con un proprio familiare ed è impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettuerà 6 telefonate nell' arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all' Assicurato.

Art. 17 - Servizio di Segreteria personale

La Centrale Operativa attua un servizio di Segreteria personale tra cui:

- Inoltro fax
- Conferma di prenotazioni
- Inoltro e-mail
- Promemoria

Art. 18 - Second Opinion

Qualora all' Assicurato sia stata diagnosticata una delle seguenti patologie:

- Morbo di Alzheimer
- AIDS
- Cecità
- Malattie neoplastiche maligne
- Problemi cardiovascolari
- Sordità
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianti degli organi vitali
- Patologie neuromotorie
- Sclerosi Multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Ictus
- Coma

la Centrale Operativa, in collaborazione con Best Doctor, offre la possibilità di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia evidenziata.

Per tale garanzia Unisalute si avvale della consulenza di medici specialisti in tutto il mondo,

selezionati in base a rigidi criteri di esperienza, competenza e abilità specifiche di trattare la patologia di volta in volta evidenziata dal cliente.

Assistenza in viaggio – Prestazioni all' estero

In collaborazione con IMA Assistance, telefonando al numero +39 051 4161781, attivo per tutto l' arco delle 24 ore, vengono prestati i seguenti servizi:

Art. 19 - Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

Qualora, in seguito a primo ricovero in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessita, secondo il giudizio della Centrale Operativa, di un ricovero presso un altro Istituto di Cura più equipaggiato o, trovandosi l' Assicurato all' estero, di un ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, la Centrale Operativa provvederà al trasporto sanitario dell' Assicurato.

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

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

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

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

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

contravviene a norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 20 - Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero all' estero dell' Assicurato che superi i 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l' Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 21 - Interprete a disposizione all' estero

Qualora l' Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi entro un massimo di € 500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 22 - Prolungamento del soggiorno

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, le condizioni dell' Assicurato, a giudizio del medico curante e dell' équipe medica della Società, fossero tali da consigliare un' ulteriore permanenza in loco al fine di completare la guarigione, la Società provvederà a rimborsare le spese d' albergo relative, fino ad un massimo di € 500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 23 - Rientro di minori

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

Art. 24 - Rientro a seguito di ricovero ospedaliero

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero all' estero, l' Assicurato necessiti di rientrare al proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro dell' Assicurato e di un parente residente in Italia, mettendo loro a disposizione un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) qualora non sia necessaria l' assistenza di personale medico e paramedico.

Art. 25 - Trasporto salma

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

Art. 26 - Rientro anticipato

In caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero, convivente dell' Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà il rientro anticipato dell' Assicurato stesso presso la propria abitazione tenendo a proprio carico i relativi costi.

SCELTA PERSONA

Art. C.1 – Oggetto dell' assicurazione Rischio professionale ed extraprofessionale

La Società si obbliga ad indennizzare – nei limiti delle somme convenute – gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Forma di copertura

La polizza è predisposta nella forma "a combinazioni" predefinite e non modificabili; pertanto la garanzia assicurativa è prestata per le garanzie e le somme assicurate previste dalla combinazione scelta dall' Assicurato ed indicata nella Scheda di polizza.

Art. C.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l' Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. C.3 – Estensione agli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive e relativi allenamenti e prove

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera k) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, ai fini dell' operatività della

garanzia si conviene quanto segue:

1) Sport compresi

- a) "Sport del tempo libero"
- b) "Sport agonistici"

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di sport agonistici:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Indennità per solo Ricovero
- il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni.
- l' articolo C.5 della presente Sezione e le condizioni particolari 201-202 della presente Sezione - se richiamate nella Scheda di polizza - devono interdersi non operanti, e l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:
 - sulla parte di somma sino a € 100.000,00, 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 eccedente € 100.000,00 e fino a € 250.000,00, 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 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

2) Sport esclusi

- c) • Sport ad alto rischio;
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
- Sport motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura;
- Sport aerei.

Art. C.4 – Esonero dichiarazione di variazione dell' attività professionale

L' Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società le eventuali variazioni dell' attività professionale dichiarata in polizza intervenute successivamente alla stipula del contratto, salvo che si tratti di professione rientrante tra quelle assicurabili con "patto speciale" di cui all' Allegato B delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio di polizza viene determinato indipendentemente dalla classe di rischio nella quale rientra l' attività professionale dell' Assicurato.

Art. C.5 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L' Indennità per Invalidità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella sottoriportata, applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante -.

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0	51	53
2	0	52	55
3	0	53	57
4	1	54	59
5	2	55	61
6	3	56	63
7	4	57	65
8	5	58	67
9	7	59	69
10	8	60	71
11	9	61	73
12	10,5	62	75
13	12	63	77
14	13,5	64	79
15	15	65	81
16	16	66	83
17	17	67	85
18	18	68	87
19	19	69	89
20	20	70	91
21	21	71	93
22	22	72	95
23	23	73	97
24	24	74	99
25	25	75	100
26	26	76	125
27	27	77	125
28	28	78	125
29	29	79	125
30	30	80	125
31	31	81	125
32	32	82	125
33	33	83	125
34	34	84	125
35	35	85	125
36	36	86	150
37	37	87	150
38	38	88	150
39	39	89	150
40	40	90	150
41	41	91	150
42	42	92	150
43	43	93	150
44	44	94	150
45	45	95	150
46	46	96	150
47	47	97	150
48	48	98	150
49	49	99	150
50	50	100	150

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Invalidità Permanente con franchigie differenziate (cod. 202)

L' Articolo C.5 della Sezione Infortuni "Full Time Formula Facile" si intende annullato e così sostituito: l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicura-

ta per Invalidità Permanente secondo i criteri che seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, l' indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e sino a € 250.000,00, 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.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE INFORTUNI - FULL TIME® - Formula Facile

SCelta FAMIGLIA

Art. D.1 – Oggetto dell' assicurazione Rischio professionale ed extraprofessionale

La Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni che l' Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Salvo diversa pattuizione indicata nella Scheda di polizza del contratto, sono esclusi gli infortuni subiti dall' Assicurato durante lo svolgimento delle attività assicurabili con patto speciale di cui all' Allegato B delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni.

Sono considerati infortuni avvenuti in ambito extraprofessionale quelli subiti dagli Assicurati in qualità di studenti, casalinghe,

pensionati, bambini in età prescolare e/o persone senza occupazione professionale.

Forma di copertura

La polizza è predisposta nella forma "a combinazioni" predefinite e non modificabili; pertanto la garanzia assicurativa è prestata per le garanzie e le somme assicurate previste dalla combinazione scelta dall' Assicurato ed indicata nella Scheda di polizza.

Art. D.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l' Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, moto-alianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. D.3 – Soggetti destinatari delle prestazioni

a) Persone assicurate

L' assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo nucleo familiare che, al momento del sinistro, risultino dal certificato di stato di famiglia, nonché per le persone che possono essere incluse o escluse dalla garanzia, specificatamente indicate sulla Scheda di polizza.

b) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dallo stato di salute, le persone di età superiore a 80 anni.

Viene inoltre stabilito che il verificarsi in corso di contratto del raggiungimento del predetto limite di età, nonché di una delle affezioni tra quelle indicate all' Art.1.18 delle Condizioni di assicurazione, comporta – limitatamente all' Assicurato per il quale si verifica almeno una di tali ipotesi – la cessazione dell' assicurazione con effetto dalla scadenza annuale successiva.

Art. D.4 – Somme assicurate

Relativamente alle garanzie prestate dalla “combinazione”, l' assicurazione vale per le somme assicurate indicate nella Tabella 1 e nella Tabella 2 della Scheda di polizza ed esse sono così attribuite:

- 1) quelle indicate nella Tabella 1 si intendono prestate globalmente a favore di tutte le persone assicurate ed esse costituiscono il massimo importo indennizzabile per sinistro e per anno assicurativo; fermo quanto stabilito dai criteri di indennizzo dell' Invalidità Permanente di cui all' Art. D.7 “Invalidità Permanente – Criteri

di indennizzo” - e salvo quanto previsto dall' Art. D.8 “Cumulo Indennità”;

- 2) quelle indicate nella Tabella 2, corrispondenti al 50% di quelle indicate nella Tabella 1, si intendono prestate singolarmente per ciascuna persona assicurata. Pertanto, costituiscono il massimo indennizzo per ciascuna persona, per sinistro e per anno assicurativo, fermo quanto stabilito dai criteri di indennizzo dell' Invalidità Permanente di cui all' Art. D.7 “Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo” e salvo quanto previsto dall' Art. D.8 “Cumulo Indennità”.

Viene inoltre stabilito quanto segue:

- a) nel caso in cui le persone assicurate siano superiori a 5 (cinque) unità, al momento del sinistro, le somme assicurate per ciascun componente - indicate nella Tabella 2 – si intendono proporzionalmente ridotte e quindi determinate applicando la formula sotto riportata:

somma indicata nella Tabella 2 x 5 unità convenzionali

n. persone effettivamente assicurate

- b) qualora le persone assicurate, per effetto della previsione di cui agli Artt.1.18 delle Condizioni di assicurazione e D.3 lettera b) si riducessero – in corso di contratto – ad una sola unità, le somme assicurate indicate nella Tabella 2 si intendono pari a quelle indicate nella Tabella 1;
- c) qualora nel medesimo evento fossero coinvolte più persone assicurate e la somma delle Indennità loro spettanti sia superiore alla somma globalmente assicurata indicata nella Tabella 1, l' indennità a ciascuna persona spettante sarà proporzionalmente ridotta nel rapporto tra la somma delle indennità a ciascuna persona liquidabili e la somma globalmente assicurata indicata nella Tabella 1.

Art. D.5 – Somme assicurate per i minori di età inferiore a 16 anni

Per gli Assicurati di età inferiore ai 16 anni al momento del sinistro, le somme assicurate per il caso Morte e per il caso di Invalidità Permanente vengono determinate come segue:

- a) per il caso di Morte la somma assicurata si intende **ridotta del 50%** rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, come stabilito dall' Art. D.4;
- b) per il caso di Invalidità Permanente, la somma assicurata si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, come stabilito dall' Art. D.4.

Art. D.6 – Estensione agli infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive e relativi allenamenti e prove

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera k) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, ai fini dell' operatività della garanzia si conviene quanto segue:

1) Sport compresi:

- a) "Sport del tempo libero";
- b) "Sport agonistici".

Esclusivamente per gli infortuni avvenuti durante la pratica di sport agonistici:

- la garanzia è limitata ai soli casi Morte, Invalidità Permanente e Intennità per solo Ricovero.
- il grado di Invalidità Permanente viene sempre determinato in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni.
- l' articolo D.7 della presente Sezione e le condizioni particolari 201-202 della presente Sezione - se richiamate nella Scheda di polizza - **devono intendersi non operanti**, e l' indennizzo per Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i seguenti criteri:
 - sulla parte di somma sino a **€ 100.000,00**, 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 eccedente **€ 100.000,00** e fino a **€ 250.000,00**, 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 risulta:

- di grado superiore al **25%** della totale, la Società liquida l' indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al **66%** della totale, la Società liquida l' indennità al **100%**.

2) Sport esclusi

- c) • Sport ad alto rischio;
- tutti quelli praticati come Sport professionistici;
- Sport motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura;
- Sport aerei.

Art. D.7 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L' Indennità per Invalidità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella sotto riportata, applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante.

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0	51	53
2	0	52	55
3	0	53	57
4	1	54	59
5	2	55	61
6	3	56	63
7	4	57	65
8	5	58	67
9	7	59	69
10	8	60	71
11	9	61	73
12	10,5	62	75
13	12	63	77
14	13,5	64	79
15	15	65	81
16	16	66	83
17	17	67	85
18	18	68	87
19	19	69	89
20	20	70	91
21	21	71	93
22	22	72	95
23	23	73	97
24	24	74	99
25	25	75	100
26	26	76	125
27	27	77	125
28	28	78	125
29	29	79	125
30	30	80	125
31	31	81	125
32	32	82	125
33	33	83	125
34	34	84	125
35	35	85	125
36	36	86	150
37	37	87	150
38	38	88	150
39	39	89	150
40	40	90	150
41	41	91	150
42	42	92	150
43	43	93	150
44	44	94	150
45	45	95	150
46	46	96	150
47	47	97	150
48	48	98	150
49	49	99	150
50	50	100	150

Art. D.8 – Cumulo Indennità

Le Indennità per ricovero e/o per immobilizzazione, nonché il rimborso delle spese di cura sono cumulabili con quella per Morte o per In-

validità Permanente. L' Indennità dovuta per Morte non è cumulabile con quella per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, l' Assicurato muore entro due anni dall' infortunio ed in conseguenza dello stesso, la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o, in difetto, agli eredi dell' Assicurato in parti uguali, la differenza tra l' Indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Invalidità Permanente con franchigie differenziate tra infortuni professionali ed extraprofessionali (cod. 222)

L' Articolo D.7 della Sezione Infortuni "Full Time Famiglia" si intende annullato e così sostituito: l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante – verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a **€ 100.000,00** l' indennizzo verrà liquidato:
 - a) limitatamente ai soli infortuni avvenuti in ambito extraprofessionale, senza applicazione di franchigia;
 - b) relativamente agli infortuni avvenuti in ambito professionale compreso il rischio "in itinere", con deduzione della franchigia del **3%** della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il **3%** della totale l' indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- sulla parte della somma assicurata ecceden-

dente € 100.000,00 e sino a € 250.000,00, per tutti gli infortuni 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 l' indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Quando 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' indennizzo senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l' indennizzo al 100%.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE ASSISTENZA - FULL TIME® - Formula Facile

Garanzia sempre operante per la Sezione FULL TIME - Formula Facile

Pacchetto Comfort

I seguenti servizi vengono forniti a titolo gratuito dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800 822 433, 24 ore su 24, tutti i giorni, compresi i festivi.

Pareri ed informazioni in tempo reale

Art. 1 - Info al volante

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in tempo reale su vari argomenti di interesse comune tra cui:

- Informazioni sul traffico
- Percorsi, itinerari e mappe
- Distanze e pedaggi autostradali
- Distributori di benzina, gpl e metano
- Parcheggi
- Noleggio auto
- Meteorologia
- Farmacie di turno

Art. 2 - Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici;
- profilassi da seguire in previsione di viaggi all' estero.

Art. 3 - Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

Prima assistenza nelle urgenze sanitarie

Art. 4 - Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l' Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell' intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell' Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 5 - Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

Art. 6 - Invio babysitter

Nei casi di ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una babysitter, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

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

Art. 7 - Invio badante

Nei casi di ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall' Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una badante, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

Per l' attivazione della garanzia, l' Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall' Istito

tuto di Cura o appena in possesso del relativo certificato.

Programma riabilitativo e di supporto

Art. 8 - Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e conseguente immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all' atto delle dimissioni dall' Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un infermiere convenzionato, assumendone l' onorario fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.

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

Art. 9 - Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di ricoveri che hanno determinato:

- Frattura del femore
- Fratture vertebrali
- Fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- Fratture che rendano necessario l' immobilizzazione di almeno un arto
- Frattura del bacino

e conseguente immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all' atto delle dimissioni dall' Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, ad inviare un fisioterapista convenzionato, assumendone l' onorario fino ad un

massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

Segreteria personale

Art. 10 - Trasmissione messaggi urgenti

Se l'Assicurato ha necessità di comunicare con un proprio familiare ed è impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettuerà 6 telefonate

nell'arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all'Assicurato.

Art. 11 - Servizio di Segreteria personale

La Centrale Operativa attua un servizio di Segreteria personale tra cui:

- Inoltro fax
- Conferma di prenotazioni
- Inoltro e-mail
- Promemoria

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE INFORTUNI - CIRCOLAZIONE

SCELTA PERSONA

Art. E.1 - Oggetto dell'assicurazione

Rischio della circolazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nella Scheda di polizza gli infortuni che l'Assicurato subisca durante la circolazione, in qualità di:

a) passeggero trasportato da:

motoveicoli, autoveicoli, mezzi di trasporto pubblici (terrestri, marittimi, lacustri e fluviali), natanti da diporto. Sono esclusi i passeggeri trasportati su: mezzi militari, veicoli utilizzati per il servizio di Ordine Pubblico, emergenza e/o soccorso salvo i casi di trasporto per soccorso resosi necessario in conseguenza di calamità naturali o altri eccezionali eventi/catastrofi di origine naturale od umana;

b) conducente di:

- autovetture (esclusi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la circolazione, in qualità di conducente in servizio di taxi e/o di veicoli a noleggio di piazza);
- autocarri di massa fino a 3500 kg;
- camper (autocaravan);
- velocipedi;
- ciclomotori, motoveicoli;

- natanti da diporto.

Rimangono esclusi tutti i veicoli non presenti in detto elenco tra i quali:

- autobus;
- autocarri di massa superiore a 3500 kg;
- trattori stradali;
- autotreni, autoarticolati, autosnodati;
- macchine agricole;
- macchine operatrici;
- moto d'acqua;
- quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 kg.);
- taxi e/o di veicoli a noleggio di piazza;
- mezzi militari;
- veicoli utilizzati per il servizio di ordine pubblico, emergenza e/o soccorso.

c) pedone, investito da qualsiasi veicolo.

L'assicurazione comprende, inoltre, gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- in occasione della salita o della discesa da uno dei mezzi di trasporto sopra precisati;
- durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia del

veicolo, fermo in avaria, da lui condotto o sul quale era trasportato.

Forma di copertura

La polizza è predisposta nella forma "a combinazioni" predefinite e non modificabili; pertanto la garanzia assicurativa è prestata per le garanzie e le somme assicurate previste dalla combinazione scelta dall' Assicurato ed indicata nella Scheda di polizza.

Art. E.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l' Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l' Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. E.3 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L' Indennità per Invalidità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella sotto riportata, applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante.

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0	51	53
2	0	52	55
3	0	53	57
4	1	54	59
5	2	55	61
6	3	56	63
7	4	57	65
8	5	58	67
9	7	59	69
10	8	60	71
11	9	61	73
12	10,5	62	75
13	12	63	77
14	13,5	64	79
15	15	65	81
16	16	66	83
17	17	67	85
18	18	68	87
19	19	69	89
20	20	70	91
21	21	71	93
22	22	72	95
23	23	73	97
24	24	74	99
25	25	75	100
26	26	76	125
27	27	77	125
28	28	78	125
29	29	79	125
30	30	80	125
31	31	81	125
32	32	82	125
33	33	83	125
34	34	84	125
35	35	85	125
36	36	86	150
37	37	87	150
38	38	88	150
39	39	89	150
40	40	90	150
41	41	91	150
42	42	92	150
43	43	93	150
44	44	94	150
45	45	95	150
46	46	96	150
47	47	97	150
48	48	98	150
49	49	99	150
50	50	100	150

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Invalidità Permanente con franchigie differenziate (cod. 202)

L' Articolo E.3 della Sezione Infortuni "Circolazione - Scelta Persona" si intende annullato e così sostituito: l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a €100.000,00, l' indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente €100.000,00 e sino a €250.000,00,

l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertata, 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.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l' Invalidità Permanente accertata risulta:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l' indennità senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

• Estensione agli infortuni domestici (cod. 223)

La garanzia assicurativa viene estesa agli infortuni subiti dall' Assicurato nell' abitazione nella quale ha la propria residenza anagrafica, comprese le relative pertinenze e le parti comuni. Rimangono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti dall' esercizio di attività industriali, attività commerciali, attività artigianali, arti e/o professioni, ad eccezione di tutte le occupazioni domestiche.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE INFORTUNI - CIRCOLAZIONE

SCELTA VEICOLO

Art. F.1 - Oggetto dell' assicurazione Rischio della circolazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nella Scheda di polizza, gli infortuni subiti durante la circolazione dal conducente del veicolo/natante a motore, identificato nella Scheda di polizza, tramite la targa o telaio. La garanzia vale anche per gli infortuni subiti quando il conducente si trovi fuori dal veicolo fermo in avaria, per lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Forme di copertura

Sono previste le seguenti forme di copertura:

- **"a combinazioni"** predefinite e non modificabili: la garanzia assicurativa è prestata per le garanzie e le somme assicurate previste dalla combinazione scelta dall' Assicurato ed indicata nella Scheda di polizza;
- **"a capitali liberi"**: la garanzia assicurativa può essere personalizzata indicando per ciascun veicolo assicurato nella Scheda di polizza i casi da assicurare ed il valore delle somme da garantire.

Per dette forme di copertura l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni subiti durante la circolazione dal conducente di:

- autovetture
- autocarri di massa fino a 3500 kg
- camper (autocaravan)
- ciclomotori, motoveicoli
- natanti da diporto.

Art. F.2 – Rischi esclusi dall'assicurazione

In ogni caso sono esclusi gli infortuni subiti dall'Assicurato, durante la circolazione in qualità di conducente di:

- autobus;
 - autocarri di massa superiore a 3500 kg;
 - trattori stradali rischio circolazione su strade di pubblica viabilità;
 - autoarticolati, autosnodati;
 - macchine agricole;
 - macchine operatrici;
 - moto d'acqua;
 - quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 kg.);
 - veicoli a noleggio di piazza e/o in servizio di taxi;
 - mezzi militari;
 - veicoli utilizzati per il servizio di ordine pubblico, emergenza e/o soccorso;
- sono inoltre esclusi dai rischi coperti dalla presente sezione le persone di età superiore a 80 anni.

Art. F.3 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L'Indennità per Invalidità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella sotto riportata, applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell'Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante.

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0	51	53
2	0	52	55
3	0	53	57
4	1	54	59
5	2	55	61
6	3	56	63
7	4	57	65
8	5	58	67
9	7	59	69
10	8	60	71
11	9	61	73
12	10,5	62	75
13	12	63	77
14	13,5	64	79
15	15	65	81
16	16	66	83
17	17	67	85
18	18	68	87
19	19	69	89
20	20	70	91
21	21	71	93
22	22	72	95
23	23	73	97
24	24	74	99
25	25	75	100
26	26	76	125
27	27	77	125
28	28	78	125
29	29	79	125
30	30	80	125
31	31	81	125
32	32	82	125
33	33	83	125
34	34	84	125
35	35	85	125
36	36	86	150
37	37	87	150
38	38	88	150
39	39	89	150
40	40	90	150
41	41	91	150
42	42	92	150
43	43	93	150
44	44	94	150
45	45	95	150
46	46	96	150
47	47	97	150
48	48	98	150
49	49	99	150
50	50	100	150

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Invalidità Permanente con franchigie differenziate (cod. 202)

L' Articolo F.3 della Sezione Infortuni "Circolazione - Scelta Veicolo" si intende annullato e così sostituito: l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, l' indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e sino a € 250.000,00, 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;
- sulla parte di somma eccedente € 250.000,00 e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' indennità solo per la parte eccedente.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

• Invalidità Permanente con franchigia 5% (cod. 203)

(condizione richiamabile solo nella Scelta Veicolo con forma di copertura a capitali liberi)

L' Articolo F.3 della Sezione Infortuni "Circolazione - Scelta Veicolo" si intende annullato e così sostituito: l' Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che seguono:

- sulla parte di somma sino a € 250.000,00, 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;
- sulla parte di somma eccedente € 250.000,00, e fino a € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 10% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 10% della totale viene corrisposta l' indennità solo per la parte eccedente;
- sulla parte della somma assicurata oltre € 500.000,00, l' indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15% della totale. Se l' Invalidità Permanente supera il 15% della totale viene corrisposta l' indennità solo per la parte eccedente.

Quando in conseguenza di infortunio indennizza-

bile 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 66% della totale, la Società liquida l'indennità al 100%.

• **Invalidità Permanente da infortunio con franchigia assoluta (cod. 309)**
(condizione richiamabile solo nella Scelta Veicolo con forma di copertura a capitali liberi)

L'Articolo F.3 della Sezione Infortuni "Circolazione - Scelta Veicolo" si intende annullato e così sostituito: l'Indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle

Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo il seguente criterio: non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore alla percentuale indicata nella Scheda di polizza, se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente risulti di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE INFORTUNI - CIRCOLAZIONE

SCelta FAMIGLIA

Art. G.1 - Oggetto dell' assicurazione

Rischio della circolazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute nella Scheda di polizza, gli infortuni che l'Assicurato subisca durante la circolazione, in qualità di:

a) passeggero trasportato da:

motoveicoli, autoveicoli, mezzi di trasporto pubblici (terrestri, marittimi, lacustri e fluviali), natanti da diporto.

Sono esclusi i passeggeri trasportati su: mezzi militari, veicoli utilizzati per il servizio di Ordine Pubblico, mezzi dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell' Ordine, salvo i casi di trasporto per soccorso resosi necessario in conseguenza di calamità naturali o altri eccezionali eventi/catastrofi di origine naturale od umana;

b) conducente di:

- autoveature;
- autocarri di massa fino a 3500 kg;
- camper (autocaravan);
- velocipedi;
- ciclomotori, motoveicoli;

- natanti da diporto.

Rimangono esclusi tutti i veicoli non presenti in detto elenco tra i quali:

- autobus;
- autocarri di massa superiore a 3500 kg;
- trattori stradali;
- autotreni, autoarticolati, autosnodati;
- macchine agricole;
- macchine operatrici;
- moto d' acqua;
- quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 kg);
- taxi e/o veicoli a noleggio di piazza;
- mezzi militari;
- veicoli utilizzati per il servizio di ordine pubblico e/o emergenza.

c) pedone, investito da qualsiasi veicolo.

L'assicurazione comprende, inoltre, gli infortuni subiti dall' Assicurato:

- in occasione della salita o della discesa da uno dei mezzi di trasporto sopra precisati;
- durante lo svolgimento delle operazioni

necessarie per la ripresa della marcia del veicolo, fermo in avaria, da lui condotto o sul quale era trasportato.

Forma di copertura

La polizza è predisposta nella forma "a combinazioni" predefinite e non modificabili; pertanto la garanzia assicurativa è prestata per le garanzie e le somme assicurate previste dalla combinazione scelta dall'Assicurato ed indicata nella Scheda di polizza.

Art. G.2 – Estensione Rischio Volo

A parziale deroga di quanto previsto all' Art. 3.4 lettera c) delle Norme che regolano l' assicurazione infortuni, sono indennizzabili gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti.

Sono esclusi dall' assicurazione:

- il lavoro aereo e attività pericolose di volo;
- i viaggi aerei su aeromobili eserciti da aeroclub;
- i viaggi aerei, comunque effettuati, con: alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili;
- gli sport aerei.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell' aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

Art. G.3 – Soggetti destinatari delle prestazioni

a) Persone assicurate

L' assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo nucleo familiare che, al momento del sinistro, risultino dal certificato di stato di famiglia, nonché per le persone che possono essere incluse o escluse dalla garanzia, specificatamente indicate sulla Scheda di polizza.

b) Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dallo stato di salute, le persone di età superiore a 80 anni.

Viene inoltre stabilito che il verificarsi in corso di contratto del raggiungimento del predetto limite di età, nonché di una delle affezioni tra quelle indicate all' Art.1.18 delle Condizioni

di assicurazione, comporta – limitatamente all' Assicurato per il quale si verifica almeno una di tali ipotesi – la cessazione dell' assicurazione con effetto dalla scadenza annuale successiva.

Art. G.4 – Somme assicurate

Relativamente alle garanzie prestate dalla "combinazione", l' assicurazione vale per le somme assicurate indicate nella Tabella 1 e nella Tabella 2 della Scheda di polizza ed esse sono così attribuite:

- 1) quelle indicate nella Tabella 1 si intendono prestate globalmente a favore di tutte le persone assicurate ed esse costituiscono il massimo importo indennizzabile per sinistro e per anno assicurativo; fermo quanto stabilito dai criteri di indennizzo dell' Invalidità Permanente di cui all' Art. G.6 "Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo" e salvo quanto previsto dall' Art. G.7 "Cumulo Indennità";
- 2) quelle indicate nella Tabella 2, corrispondenti al 50% di quelle indicate nella Tabella 1, si intendono prestate, singolarmente, per ciascuna persona assicurata. Pertanto costituiscono il massimo indennizzo per ciascuna persona, per sinistro e per anno assicurativo, fermo quanto stabilito dai criteri di indennizzo dell' Invalidità Permanente di cui all' Art. G.6 "Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo" e salvo quanto previsto dall' Art. G.7 "Cumulo Indennità".

Viene inoltre stabilito quanto segue:

- a) nel caso in cui le persone assicurate siano superiori a 5 (cinque) unità, al momento del sinistro, le somme assicurate per ciascun componente - indicate nella Tabella 2 – si intendono proporzionalmente ridotte e quindi determinate applicando la formula sotto riportata:

somma indicata nella Tabella 2 x 5 unità convenzionali

n. persone effettivamente assicurate

- b) qualora le persone assicurate, per effetto della previsione di cui agli Artt.1.18 delle Condizioni di assicurazione e G.3 lettera b) si riducessero – in corso di contratto – ad una sola unità, le somme assicurate indicate nella Tabella 2 si intendono pari a quelle indicate nella Tabella 1;
- c) qualora nel medesimo evento fossero coinvolte più persone assicurate e la somma delle Indennità loro spettanti sia superiore alla somma globalmente assicurata indicata nella Tabella 1, l' indennità a ciascuna persona spettante sarà proporzionalmente ridotta nel rapporto tra la somma delle Indennità a ciascuna persona liquidabili e la somma globalmente assicurata indicata nella Tabella 1.

Art. G.5 – Somme assicurate per i minori di età inferiore a 16 anni

Per gli assicurati di età inferiore ai 16 anni al momento del sinistro, le somme assicurate per il caso Morte e per il caso di Invalidità Permanente vengono determinate come segue:

- a) per il caso di Morte la somma assicurata si intende ridotta del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, come stabilito dall' Art. G.4;
- b) per il caso di Invalidità Permanente, la somma assicurata si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, come stabilito dall' Art. G.4.

Art. G.6 – Invalidità Permanente – Criteri di indennizzo

L' Indennità per Invalidità Permanente da infortunio viene corrisposta in base alla Tabella sotto riportata, applicando alla somma assicurata per Invalidità Permanente la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri e le percentuali indicate nella Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o dalla Tabella di legge (INAIL) – se resa operante.

Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Accertato	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
1	0	51	53
2	0	52	55
3	0	53	57
4	1	54	59
5	2	55	61
6	3	56	63
7	4	57	65
8	5	58	67
9	7	59	69
10	8	60	71
11	9	61	73
12	10,5	62	75
13	12	63	77
14	13,5	64	79
15	15	65	81
16	16	66	83
17	17	67	85
18	18	68	87
19	19	69	89
20	20	70	91
21	21	71	93
22	22	72	95
23	23	73	97
24	24	74	99
25	25	75	100
26	26	76	125
27	27	77	125
28	28	78	125
29	29	79	125
30	30	80	125
31	31	81	125
32	32	82	125
33	33	83	125
34	34	84	125
35	35	85	125
36	36	86	150
37	37	87	150
38	38	88	150
39	39	89	150
40	40	90	150
41	41	91	150
42	42	92	150
43	43	93	150
44	44	94	150
45	45	95	150
46	46	96	150
47	47	97	150
48	48	98	150
49	49	99	150
50	50	100	150

Art. G.7 - Cumulo indennità

Le indennità per ricovero e/o per immobilizzazione, nonché il rimborso delle spese di cura sono cumulabili con quella per Morte o per Inva-

lità Permanente.

L' indennità dovuta per Morte non è cumulabile con quella per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, l' Assicurato muore entro due anni dall' infortunio ed in conseguenza dello stesso, la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o, in difetto, agli eredi dell' Assicurato in parti uguali, la differenza tra l' indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore.

CONDIZIONI PARTICOLARI

(valide se espressamente indicati i relativi codici nella Scheda di polizza)

• Tabella di legge INAIL (cod. 201)

La tabella A di cui all' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni viene sostituita dalla Tabella di legge (INAIL) di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

• Invalidità Permanente con franchigie differenziate (cod. 202)

L' Articolo G.6 della Sezione Infortuni "Circolazione - Scelta Famiglia" si intende annullato e così sostituito: l' indennità per Invalidità Permanente determinata in base alla Tabella A dell' Art. 2.4 delle Norme per la liquidazione dei sinistri infortuni o alla Tabella di legge (INAIL) - se resa operante - verrà corrisposta in una misura percentuale della somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo i criteri che

seguono:

- sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, l' indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00, e sino a € 250.000,00, 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.

Quando 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 66% della totale, la Società liquida l' indennità al 100%.

• Estensione agli infortuni domestici (cod. 223)

La garanzia assicurativa viene estesa agli infortuni subiti dall' Assicurato nell' abitazione nella quale ha la propria residenza anagrafica, comprese le relative pertinenze e le parti comuni. Rimangono esclusi dall' assicurazione gli infortuni derivanti dall' esercizio di attività industriali, attività commerciali, attività artigianali, arti e/o professioni, ad eccezione di tutte le occupazioni domestiche.

Garanzia sempre operante per la Sezione CIRCOLAZIONE

Pacchetto Classico

I seguenti servizi vengono forniti a titolo gratuito dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800 822 433, 24 ore su 24, tutti i giorni, compresi i festivi.

Informazioni e pareri in tempo reale

Art. 1 - Info al volante

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione in tempo reale su vari argomenti di interesse comune tra cui:

- Informazioni sul traffico
- Percorsi, itinerari e mappe
- Distanze e pedaggi autostradali
- Distributori di benzina, gpl e metano
- Parcheggi
- Noleggio auto
- Meteorologia
- Farmacie di turno

Art. 2 - Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

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

Art. 3 - Pareri medici immediati

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

Prima assistenza nelle urgenze sanitarie

Art. 4 - Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 5 - Invio medicinali al domicilio

La prestazione viene erogata sino ad un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

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

Art. 6 - Invio babysitter

Nei casi di ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di immobilizzazione, la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una babysitter, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni

15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

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

Art. 7 - Invio badante

Nei casi di ricoveri con frattura che hanno determinato una situazione di immobilizzazione,

la Società provvederà, durante il ricovero o nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura o alla rimozione del gesso, ad inviare una badante, assumendone il compenso fino ad un massimo di 6 ore la settimana per un massimo di 14 giorni.

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

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

SEZIONE MALATTIA

SCELTA PERSONA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. H.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Società, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato nel questionario sanitario, si obbliga ad indennizzare, alle condizioni di seguito stabilite e nei limiti delle somme convenute nella Scheda di polizza, una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che abbia come conseguenza una delle prestazioni descritte nel successivo Art. H.2.

Art. H.2 – Garanzie prestate (operanti solo se indicate le relative somme assicurate e premi nella Scheda di polizza)

A) Invalidità Permanente da Malattia (IPM)

La prestazione riguarda una malattia che abbia come conseguenza diretta una Invalidità Permanente.

Sono escluse le Invalidità Permanenti conseguenti a malattie congenite.

Inoltre l'assicurazione non è operante per le Invalidità Permanenti conseguenti a stati

patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione della polizza (indipendentemente dalla loro dichiarazione sul questionario sanitario) o nei novanta giorni successivi all'effetto del contratto.

B) Inabilità temporanea da malattia

La garanzia riguarda una malattia, che abbia come conseguenza una Inabilità temporanea. La copertura può essere prestata in una delle seguenti forme:

- a) forma "Ricovero e convalescenza";
- b) forma "Integrale".

Fermo quanto previsto dall'Art. H.6 lett. j) l'indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purchè non note all'Assicurato.

C) Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza da malattia

a) Indennità per solo ricovero – Day Hospital

La Società corrisponderà una Indennità giornaliera a seguito di una malattia che abbia come

conseguenza un ricovero in Istituto di Cura o un Day Hospital.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà una Indennità giornaliera, successiva ad un ricovero in Istituto di Cura o un Day Hospital.

Fermo quanto previsto dall' Art. H.6 lett. j) l' indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purchè non note all' Assicurato.

D) Indennità per immobilizzazione da malattia

La garanzia riguarda la malattia che ha come conseguenza una immobilizzazione che richiede – a seguito di prescrizione medica – l' applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di Cura o da personale medico.

Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili e preconfezionati – sempreché rigidi, esterni e limitatamente al periodo in cui hanno svolto una funzione esclusivamente immobilizzante purchè prescritti:

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

La Società corrisponderà all' Assicurato l' Indennità giornaliera assicurata indicata nella Scheda di polizza del contratto per ogni giorno di immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione.

Fermo quanto previsto dall' Art. H.6 lett. j) l' Indennità convenuta viene riconosciuta anche per le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza, purchè non note all' Assicurato.

Art. H. 3 - Adeguamento premio garanzia IPM

Fermo quanto previsto alle Condizioni Comuni – Art. 1.12 "Indicizzazione" - del presente

contratto, si precisa che la garanzia Invalidità Permanente da Malattia viene prestata con l' adeguamento automatico del premio in base all' età dell' Assicurato.

Difatti, qualora la polizza preveda anche la copertura per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, il relativo premio viene adeguato automaticamente in misura percentuale ed in funzione all' età dell' Assicurato nei termini previsti dalla tabella di seguito riportata:

Fascia di età dell' Assicurato	Tasso finito iniziale
0 - 15	0,40‰
	Percentuale di incremento del tasso finito iniziale per gli anni successivi
16 - 20	62,50%
21 - 27	150,00%
28 - 35	227,50%
36 - 45	437,50%
46 - 50	682,50%
51 - 54	775,00%

L' aumento di premio si applica a decorrere dalla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento degli anni dell' Assicurato compresi nello scaglione "Fascia di età dell' Assicurato" sopra indicato.

Art. H. 4 - Limiti di età' per la garanzia IPM

Si conviene che la garanzia Invalidità Permanente da Malattia può essere prestata e/o rinnovata solo fino al raggiungimento del 54° anno di età dell' Assicurato.

Art. H.5 - Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia

La garanzia decorre:

- a) per la Invalidità Permanente:
dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello di effetto della presente polizza;
- b) per la Inabilità temporanea, Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, Indennità per immobilizzazione:
 - dal trentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della polizza, per le

malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;

- dal centottantesimo giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall' Assicurato nel questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal centottantesimo giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, non conosciuti dall' Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla data della stipulazione del contratto;
- dal trecentesimo giorno successivo a quello di decorrenza della polizza per il parto, per le malattie dipendenti da puerperio e per l' aborto terapeutico.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di decorrenza dell' assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest' ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza dell' assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste. Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. H.6 – Rischi esclusi dall' assicurazione

Dalle garanzie sono sempre escluse le conseguenze sofferte a causa di:

- a) malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipulazione della polizza (limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, anche se dichiarati nel questionario sanitario), già note/i all' Assicurato e dallo stesso sottaciute/i con dolo e/o colpa grave;
- b) guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell' atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.).

Sono altresì esclusi:

- d) i trattamenti di carattere estetico non resi necessari da infortunio;
- e) le cure dimagranti e dietetiche;
- f) i difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza;
- g) le conseguenze dell' abuso di alcolici o dell' uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o stupefacenti, le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, epilessia, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, sindromi ansiose depressive;
- h) gli stati patologici correlati alle infezioni HIV.

Sono escluse:

- i) le malattie professionali (così definite dal D.P.R. del 30.06.65 n.1124 e successive modifiche);
- j) le malattie congenite o insorte prima della stipula della polizza e sottaciute alla Società con dolo o colpa grave del Contraente o dell' Assicurato all' atto della stipula della stessa;
- k) le malattie conseguenti ad atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi in Paesi in stato di guerra e presidiati da Forze Militari internazionali

- in missione per il mantenimento dell'ordine e/o della pace;
- l) le malattie conseguenti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano usate per fini pacifici;
 - m) le malattie tropicali;
 - n) le conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona.
- Si intendono invece comprese quelle sofferte in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo.

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. H.7 – Obblighi in caso di sinistro

a) Invalidità Permanente da malattia

L'Assicurato o il Contraente deve denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere del medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una Invalidità Permanente.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti, nonché da un certificato medico attestante la guarigione clinica o remissione della malattia purché la stessa sia stabile, quantificabile e ad esito non infausto.

Trascorsi 90 giorni dalla data del certificato attestante la stabilizzazione della malattia e non oltre due anni dalla data di denuncia della malattia, l'Assicurato od il Contraente sono tenuti a far pervenire alla Società un certificato medico con l'indicazione del grado di Invalidità Per-

manente direttamente ed esclusivamente residuo.

b) Inabilità temporanea, Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza e Indennità per immobilizzazione da malattia

L'Assicurato o il Contraente deve denunciare alla Società la malattia entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità. La denuncia deve essere 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 data, ora e luogo dell'evento.

L'Assicurato deve far pervenire nel più breve tempo possibile il certificato medico di diagnosi e prognosi della malattia denunciata e/o la certificazione del ricovero in Istituto di Cura e/o di applicazione dell'immobilizzazione.

Per la garanzia di Inabilità temporanea, l'Assicurato dovrà trasmettere fino a cura ultimata i certificati medici periodici sul decorso della malattia, con l'obbligo per l'Assicurato di inviare detti certificati tempestivamente entro le rispettive scadenze; in caso contrario la liquidazione delle Indennità viene effettuata considerando come data di guarigione quella dell'ultimo certificato medico regolarmente inviato. Per la garanzia Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza, l'Assicurato dovrà trasmettere la cartella clinica, alla dimissione dall'Istituto di Cura. Per la garanzia Indennità per immobilizzazione, entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione, l'Assicurato dovrà trasmettere i documenti giustificativi comprovanti la durata dell'immobilizzazione.

L'Assicurato deve comunque fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le indagini, le va-

lutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima.

Egli 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.

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

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

Art. H.8 – Sostituzione di contratto – Criteri di indennizzo

Qualora la presente polizza ne sostituisca un' altra emessa dalla stessa Società senza interruzione di continuità riguardante gli stessi Assicurati e con analoghe garanzie e la malattia fosse insorta e conosciuta durante il vigore della polizza sostituita, l' indennizzo verrà corrisposto in base alla somma assicurata da quest' ultima polizza, e alla sua durata, fermi restando i termini di aspettativa di cui all' Art. H.5. Lo stesso criterio viene applicato in caso di variazioni con appendice intervenute nel corso del contratto (ma non conseguenti alla applicazione dell' adeguamento).

Art. H.9 – Determinazione dell' Invalidità Permanente da Malattia

La Società corrisponde l' indennità per le conseguenze dirette della malattia denunciata e viene determinata quando per effetto della remissione della malattia, le minorazioni risultano stabili, quantificabili e ad esito non infausto a giudizio medico e comunque entro 540 giorni dalla data di denuncia della malattia.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, sarà ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell' assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia

in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell' ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Se invece la precedente malattia ha determinato una invalidità accertata di misura inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il grado di Invalidità Permanente da Malattia viene determinato con riferimento all' elenco sotto riportato.

Elenco delle patologie

Menoplegia completa di arto superiore	60%
Menoplegia completa di arto inferiore	60%
Afasia sensoriale	60%
Emiasomatognosia con emiplegia omolaterale	100%
Alexia completa	35%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	15%
Cecità completa bilaterale	100%
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35%
Sordità completa bilaterale	60%
Sordità completa monolaterale	15%
Distiroidismi con necessità di terapia ormonale	26%
Stenosi esofagea con necessità di alimentazione liquida	45%
Fibrotorace totale	25%
Esiti di pneumonectomia	40%
Esiti di infarto miocardico con riduzione funzionale cardiaca del 50%	50%
Aneurismi toracici o addominali che permettono una attività lavorativa leggera	50%

Elenco delle patologie:

Laparocoele postchirurgico (lunghezza di 10 cm)	8%
Perdita dello stomaco	30%
Resezione dell'intestino tenue (15-20 cm)	8%
Resezione di colon (15-20 cm)	10%
Colectomia totale	40%
Colicistectomia	8%
Epatite cronica persistente	30%
Epatite cronica attiva di media entità clinica	40%
Pancreatite cronica con disturbi digestivi di modesta entità	15%
Pancreatite cronica con diabete insulino-dipendente	60%
Perdita di un rene	26%
Calcolosi monolaterale con coliche mensili	26%
Calcolosi biliare con coliche mensili	20%
Perdita di un surrene	20%

Nei casi non previsti dal precedente elenco delle patologie, si farà riferimento alla Tabella allegata 1° al D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 e successive modifiche. In ogni caso il grado di Invalidità Permanente è stabilito tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità fisica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Per le malattie che colpiscono l'organo della vista o dell'udito le valutazioni sono riferite al visus o alla capacità uditiva quali risultano dopo correzione ottica o dopo applicazione di protesi acustica.

Qualora, a giudizio del consulente medico della Società e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio.

Art. H.10 – Invalidità Permanente da Malattia – Criteri di indennizzo

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente – accertata secondo i criteri previsti dall' Art. H.9 - verrà effettuata, sempreché sia stato accertato un grado superiore al 25% con le modalità della Tabella che segue.

Grado di Invalidità Permanente accertato	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata	Grado di Invalidità Permanente accertato	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata
Da 0 a 25	0	46	44
26	5	47	46
27	7	48	48
28	9	49	49
29	10	50	50
30	12	51	53
31	14	52	56
32	15	53	59
33	16	54	62
34	20	55	65
35	22	56	68
36	24	57	71
37	26	58	74
38	28	59	77
39	30	60	80
40	32	61	83
41	34	62	86
42	35	63	89
43	36	64	92
44	40	65	95
45	42	oltre 65	100

Art. H.11 – Inabilità temporanea da malattia – Criteri di indennizzo

a) Forma "Ricovero e convalescenza"

Se la garanzia viene prestata in tale forma, la Società corrisponderà la somma assicurata integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle sue abituali occupazioni quando si verifichi una delle seguenti condizioni:

- sia ricoverato per almeno un giorno, presso un Istituto di Cura;
- sia applicata una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni consecutivi.

Qualora il ricovero sia di durata inferiore a tre giorni consecutivi (esclusi tutti i casi di Day Hospital) presso un Istituto di Cura, la Società eroga l'indennizzo per la convalescenza per un periodo massimo di 10 giorni.

b) Forma "Integrale"

Se la garanzia viene prestata in tale forma, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata nella Scheda di polizza integralmente, per ogni giorno in cui l' Assicurato si è trovato nella totale o parziale incapacità fisica di attendere alle sue abituali occupazioni.

La liquidazione dell' indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

La franchigia non trova applicazione:

- quando la durata della Inabilità temporanea sia stata superiore a sessanta giorni;
- quando si sia reso necessario un ricovero che abbia comportato una degenza continuativa superiore a sei giorni.

Resta stabilito che per queste garanzie, sia che si tratti della forma "Ricovero e convalescenza" sia che si tratti della forma "Integrale", la somma assicurata sarà corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno della malattia o dal giorno del ricovero regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell' ultimo giorno di Inabilità.

Resta, inoltre, espressamente stabilito che:

- l' Inabilità temporanea al di fuori dell' Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa;
- nessun indennizzo è corrisposto per i casi di parto non cesareo, di aborto non terapeutico, di malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- le malattie aventi per origine una medesima causa che si manifestano nei trecentosessantacinque giorni immediatamente successivi al termine dell' ultimo intervento medico per detta causa saranno considerate, agli effetti del convenuto periodo massimo di corresponsione dell' indennizzo, come la continuazione dello stesso evento/patologia;
- limitatamente alle malattie congenite non

note all' Assicurato, la Società riconosce l' indennizzo sino a un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

Art. H.12 – Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza da malattia – Criteri di indennizzo

a) Indennità per solo ricovero

La somma assicurata sarà corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno del ricovero.

La Società si obbliga a corrispondere la somma assicurata anche per ricoveri in regime di Day Hospital quando la relativa degenza si protragga per almeno due giorni consecutivi.

Qualora all' Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una malattia oncologica, la Società, fermo il diritto dell' Assicurato a quanto dovutogli per altre garanzie, riconoscerà allo stesso la somma una-tantum di € 1.500,00, in conseguenza di ricovero ospedaliero per una durata pari o superiore a 10 giorni continuativi dovuti a Malattia oncologica.

La Società verserà tale somma in un' unica soluzione nei sessanta giorni successivi alla presentazione della documentazione clinica.

Il diritto a tale indennità è di carattere personale e, quindi, non trasmissibile agli eredi. Contestualmente al pagamento dell' indennità, la presente condizione speciale decade relativamente all' Assicurato per cui è stata erogata la prestazione, fermo restando quanto previsto all' Art. H.16 - Diritto all' indennizzo.

La patologia dovrà essere comprovata da un referto isto-patologico. In caso di difficoltà o impossibilità nell' ottenere un esame isto-patologico, la Società darà incarico a periti medici di verificare personalmente con i medici curanti altre evidenze indirette che possano portare alla diagnosi di malattia oncologica.

b) Indennità per ricovero e convalescenza

La Società corrisponderà, oltre a quanto previsto al suddetto punto a), una Indennità giornaliera per un periodo pari alla durata del ricovero

o del Day Hospital semprechè i medesimi abbiano comportato una degenza di almeno due giorni consecutivi.

Resta comunque inteso che la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare novanta giorni per ciascun ricovero. La liquidazione dell' Indennità per convalescenza è automaticamente dovuta senza alcun obbligo di esibizione di certificazione medica attestante lo stato di convalescenza.

Resta inoltre, espressamente stabilito che per queste garanzie:

- nessun indennizzo è corrisposto per i casi di parto non cesareo e di aborto non terapeutico, di malattie della gravidanza e del puerperio;
- le malattie aventi per origine una medesima causa che si manifestano nei trecentosessantacinque giorni immediatamente successivi al termine dell' ultimo intervento medico per detta causa saranno considerate, agli effetti del convenuto periodo massimo di corresponsione dell' indennizzo, come la continuazione dello stesso evento/patologia;
- limitatamente alle malattie congenite non note all' Assicurato, la Società riconosce l' indennizzo sino ad un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

Art. H.13 – Indennità per immobilizzazione da malattia – Criteri di indennizzo

La durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, sessanta giorni per ogni malattia denunciata e decorre dalle ore 24 del giorno in cui viene applicato l' apparecchio immobilizzante. Limitatamente alle malattie congenite non note all' Assicurato, la Società riconosce l' indennizzo sino ad un massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

Sono comunque escluse dalla presente garanzia le immobilizzazioni:

- delle sole dita delle mani;
- conseguenti a patologie croniche e/o recidivanti.

Art. H.14 – Anticipo indennizzo Inabilità temporanea e/o ricovero da malattia

In caso di Inabilità temporanea e/o ricovero che comporti una durata di almeno sessanta giorni senza soluzione di continuità e certificata da idonea documentazione medica, l' Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari a trenta giorni a titolo di anticipazione dell' indennizzo dovuto. Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle Indennità pattuite; pertanto, nel caso in cui venisse accertata successivamente la mancanza di presupposti del diritto all' indennità, l' Assicurato si obbliga a restituire quanto percepito a titolo di anticipazione.

Art. H.15 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell' Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all' Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

Art. H.16 – Diritto all' indennizzo

Il diritto all' indennizzo è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati. Tuttavia, se l' Assicurato muore per causa indipendente dal sinistro e dopo che sia già stato possibile determinarne l' indennizzo o comunque sia stato offerto in misura determinata riguardante le garanzie Invalidità Permanente, Inabilità temporanea in qualsiasi forma prestata, Indennità per ricovero ospedaliero e convalescenza e/o per immobilizzazione, la Società paga agli eredi l' importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. H.17 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull' indennizzabilità del sinistro o sulla misura dei rimborsi, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell' Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall' Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi. Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza anagrafica dell' Assicurato.

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

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per cia-

scuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

L' eventuale rifiuto di uno dei medici di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Le Parti rinunciano fin d' ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Fascicolo Informativo - Contratto di Assicurazione Infortuni e Salute

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

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

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' en-

trata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

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

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

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

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

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte

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

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospendere 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. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l' assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall' Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all' Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell' Assicurato medesimo. All' Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all' assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall' assicuratore

nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l' assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L' assicuratore decade dal diritto d' impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l' inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l' impugnazione. L' assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l' annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l' assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

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

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

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

Art. 1897 – Diminuzione del rischio

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

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

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

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

Il recesso dell' assicuratore ha effetto immediato se l' aggravamento è tale che l' assicuratore non avrebbe consentito l' assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l' aggravamento del rischio è tale che per l' assicurazione 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 la 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. 1900 – Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell' Assicurato o dei dipendenti

L' assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell' Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L' assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l' Assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell' Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all' assicuratore.

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

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

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte se-

paratamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l' Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

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

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

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

Art. 1913 – Avviso all' assicurazione in caso di sinistro

L' Assicurato deve dare avviso del sinistro all' assicuratore o all' agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l' Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l' avviso, se l' assicuratore o l' agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l' avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1914 – Obbligo di salvataggio

L' Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall' Assicurato sono a carico dell' assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva

nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l' assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall' Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente. L' intervento dell' assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti. L' assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall' Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

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

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

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell' assicuratore

L' assicuratore che ha pagato l' indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell' ammontare di essa, nei diritti dell' assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell' Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L' Assicurato è responsabile verso l' assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 – Conseguenze della scomparsa in mare.

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta

in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell' articolo 145 dell' ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell' autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l' autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della

Repubblica, ottenuta l' autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l' annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorso 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.

Ed. 01/03/2014

3

INFORMATIVA PRIVACY

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

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

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

Quali dati raccogliamo

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e

saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾. Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

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

Quali sono i Suoi diritti

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

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it. Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/

intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

- NOTE -

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it