



INFORTUNI

Assicurazione per Infortuni e Salute

Gentile Cliente
allegiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione Infortuni e Salute



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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "INFORTUNI"

Unipol Assicurazioni S.p.A., C.F.: 00284160371 e P.IVA: 03740811207 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali, cui è abbinabile una copertura Malattia.



Che cosa è assicurato?

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

✓ **INFORTUNI:** indennizzo di Infortuni subiti dall'Assicurato che provochino la Morte, l'Invalidità Permanente, l'Inabilità Temporanea,

Rimborso spese mediche da Infortunio e/o Indennità per ricovero a seguito di Infortunio.

In abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

- **MALATTIA:** indennizzo delle malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto della Polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura.

La copertura assicurativa può essere prestata mediante forme di assicurazione che permettono di personalizzare il contratto con garanzie a libera scelta.

GARANZIE OPZIONALI:

CONDIZIONI PARTICOLARI (a pagamento)

Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente; estensione agli "sport ad alto rischio".

INVALIDITÀ PERMANENTE: Tabella INAIL; Invalidità permanente con supervalutazione specifica; Invalidità permanente senza franchigia sui primi € 150.000,00 di somma assicurata.

INABILITÀ TEMPORANEA: Inabilità temporanea in forma integrale e relativa liquidazione; Inabilità temporanea in forma integrale con franchigia riassorbibile; Inabilità temporanea senza franchigia per indennità fino a € 25,00.

RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO: Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio; Indennità per convalescenza a seguito di infortunio; Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri conseguenti ad infortunio.

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone, indipendentemente dallo stato di salute, di età superiore a 75 anni.
- ✗ Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, AIDS conclamato, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Inoltre:
- ✗ **INFORTUNI:** non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente, una Inabilità Temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.
- ✗ **MALATTIA:** non sono assicurate le alterazioni dello stato di salute che consistano in malformazioni o difetti fisici, o che siano dipendenti da Infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

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

! **INFORTUNI:** guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e 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); Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere nonché quelli conseguenti ad abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da esse derivanti (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico); interventi chirurgici, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio indennizzabile.

! **MALATTIA:** malattie, difetti fisici/malformazioni e stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave; malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento o diminuzione del rischio assicurato e delle variazioni nella professione. Si precisa che Unipol presta la garanzia Indennità per ricovero da Malattia sulla base delle dichiarazioni rese e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- Inoltre devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Il Premio può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale oppure può essere frazionato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Unipol al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale.



Come posso disdire la polizza?

Qualora il contratto non preveda garanzie della sezione Malattia, dopo ogni sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, puoi recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta a Unipol mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, hai 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.

Qualora invece il contratto sia di durata poliennale e preveda le garanzie della sezione Malattia, il recesso per sinistro potrà essere esercitato, entro un periodo massimo di due anni dalla data di effetto della polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione a Unipol mediante lettera raccomandata.

Assicurazione Infortuni e Salute



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

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: INFORTUNI

Data 15/03/2026 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Scopo. Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società. Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; sito internet: www.unipol.it; e-mail: info-danni@unipol.it; PEC: unipol@pec.unipol.it, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183. Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a € 7.077,25 milioni, con capitale sociale di € 3.365,29 milioni e totale riserve patrimoniali pari a € 2.935,96 milioni. L'indice di solvibilità relativo all'esercizio 2024 è pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. La Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'impresa (SFCR), è disponibile sul sito www.unipol.it.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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

I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO:

Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali: vedasi Condizioni Particolari, Cod. 1), pag. 22 di 31;

Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali: vedasi Condizioni Particolari, Cod. 2), pag. 22 di 31;

Franchigia assoluta sulla invalidità permanente: vedasi Condizioni Particolari, Cod. 9), pag. 24 di 31; **Limitazione dell'assicurazione agli infortuni "in itinere":** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 37), pag. 23 di 31; **Invalidità permanente con franchigia maggiorata:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 84), pag. 25 di 31; **Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da malattia:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 79), pag. 27 di 31; **Franchigia assoluta sull'indennità per immobilizzazione da infortunio:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 10), pag. 27 di 31; **Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 78), pag. 27 di 31.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO:

Estensione agli "sport ad alto rischio": vedasi Condizioni Particolari, Cod. 35), pag. 23 di 31; **Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 14), pag. 22 di 31; **Raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte da circolazione stradale:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 47), pag. 24 di 31; **Tabella INAIL** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 3), pag. 24 di 31; **Franchigia assoluta sulla invalidità permanente:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 9), pag. 24 di 31; **Invalidità permanente con supervalutazione specifica:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 36), pag. 24 di 31; **Invalidità permanente senza franchigia sui primi € 150.000,00 di somma assicurata:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 75), pag. 25 di 31; **Inabilità temporanea in forma integrale e relativa liquidazione:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 4), pag. 26 di 31; **Inabilità temporanea con franchigia assoluta:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 7), pag. 26 di 31; **Inabilità temporanea in forma integrale con franchigia riassorbibile:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 44), pag. 26 di 31; **Inabilità temporanea senza franchigia per indennità fino a € 25,00:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 76), pag. 26 di 31; **Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 32), pag. 26 di 31; **Indennità per convalescenza a seguito di infortunio:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 33), pag. 27 di 31; **Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri conseguenti ad infortunio:** vedasi Condizioni Particolari, Cod. 77), pag. 27 di 31;



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

Invalidità permanente: Franchigia variabile dal 3% al 15% al crescere dello scaglione di somma assicurata. Per invalidità pari o superiore al 50% non si applica alcuna franchigia.

Rimborso spese mediche da infortunio: scoperto del 10% con il minimo di € 40,00 e con il massimo di € 250,00 per ogni infortunio.

Inabilità temporanea: applicazione delle seguenti franchigia: sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 25,00; dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 25,00 e fino a € 50,00; quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00.

INFORTUNI Sono esclusi dall'assicurazione: gli infortuni causati da delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere//gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio//gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito dalle Estensioni contrattuali//gli infortuni causati da attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale//le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività//le conseguenze derivanti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici//gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva comprese le relative prove e allenamenti, degli sport contrattualmente elencati//gli infarti//gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino// gli infortuni occorsi all'Assicurato in servizio durante lo svolgimento di attività previste nella definizione di "Corpi Speciali".

MALATTIA La garanzia Indennità per ricovero a seguito di malattia, non è operante per i ricoveri: necessari alla correzione o l'eliminazione di difetti fisici congeniti//riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura//necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie//riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V.//riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza).



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Infortuni è rivolto a persone fisiche, relativamente alle attività professionali ed extraprofessionali svolte e persone giuridiche, relativamente alle attività professionali ed extraprofessionali svolte da soggetti identificati. In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,50% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: **Unipol Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy - Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI); Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipol.it**, oppure utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito www.unipol.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. Ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy deve fornire il riscontro nel termine massimo di **45 giorni** (60, se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente o dell'intermediario a titolo accessorio e relativi dipendenti e collaboratori.) Ulteriori informazioni sui reclami riguardanti il comportamento degli intermediari sono consultabili sul sito www.unipol.it.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it, anche con il modello ivi disponibile.

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

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Unipol.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulle sue conseguenze possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: Infortuni e Malattia: 2,50 %. Detrazione fiscale. Non prevista. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il Contraente o, se persona diversa, l'Assicurato - a cui sia richiesto di fornire informazioni relative al proprio stato di salute - è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori , indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet della Società al seguente link https://www.unipol.it/informativa-oblio-oncologico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il Contraente/Assicurato, che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente alla Società o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente/Assicurato. La Società ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente/Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).

INFORTUNI

Assicurazione Infortuni e Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPENSATIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01031/000/000000/C - Ed.15/03/2026

GLOSSARIO	1 di 31
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6 di 31
2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	9 di 31
3. SEZIONE INFORTUNI	15 di 31
4. SEZIONE MALATTIA	21 di 31
5. CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA POLIZZA IN GENERALE	22 di 31
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	28 di 31

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

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

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

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

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

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

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

Corpi speciali: intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle 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/Malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

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

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

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità 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, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulolegamentose che richiedono, 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 comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati.

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.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del

verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società 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.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

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: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

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 di un fatto 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, Unipol Assicurazioni S.p.A.

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, freeclimbing, 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 aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;
- alianti, motoalianti, aerostati 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). E 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 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: intendendosi per tali 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: intendendosi per tali 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 Gras track, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali 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".

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 e la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, 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 (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 avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

Art. 1.5 - Aggravamento del rischio (valido per garanzie infortuni)

Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. La Società può non accettare il rischio aggravato; in tal caso la stessa ne dà comunicazione al Contraente e si riserva la facoltà di recedere dal contratto dal giorno in cui ha avuto conoscenza dell'aggravamento.

In ogni caso gli aggravamenti di rischio non noti alla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Articolo 1898 del Codice Civile.

Art. 1.6 - Diminuzione del rischio (valido per garanzie infortuni)

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio, o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Articolo 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 con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

- **Contratti che non prevedono la garanzia 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 la garanzia Malattia**

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda anche la garanzia 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 due 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.

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.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo. In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

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 dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax spediti da una delle Parti almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a un anno, è prorogato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di 1 anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Nel caso in cui il contratto sia di durata poliennale, la Società ed il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione mediante invio di lettera raccomandata o telefax spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale.

Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente.

Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

A) Per limite d'età

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato relativamente a quest'ultimo. L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

B) Per gravi affezioni

Premesso che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, A.I.D.S. conclamato,

schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, si conviene che la sopravvenienza di tale malattia durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi per l'Assicurato affetto da tali patologie. L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggioranza degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 1.12 -Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 1.13 - 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. 1.14 - Oneri fiscali

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

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 - 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, a sensi delle disposizioni dell'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 1.17 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) di cui all'Art. 2.4 (Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 1.18 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 1.19 - Foro competente

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

Art. 1.20 - Prova

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

Art. 1.21 - Rinvio alle norme di legge

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

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

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 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, 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.

NORME RELATIVE ALLA SEZIONE INFORTUNI

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 minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.3 - Determinazione dell'indennizzo per il rischio professionale

In caso di sinistro occorso nell'esecuzione di un'attività professionale, l'indennizzo sarà corrisposto:

- integralmente, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra nella classe di rischio dichiarata dal Contraente/Assicurato ed indicata in polizza, o rientra in una classe di minor rischio rispetto a quella indicata;
- con una riduzione percentuale, se il lavoro svolto al momento del sinistro rientra in una classe di maggior rischio rispetto alla classe dichiarata in polizza.

In relazione a quanto sopra l'indennizzo spettante a termini di polizza sarà liquidato secondo la seguente Tabella.

Tabella correlata all'articolo 2.3

Attività professionale svolta al momento dell'infortunio accertato	Attività professionale Dichiarata		
	Attività a Bassa rischiosità	Attività a Media rischiosità	Attività ad Alta rischiosità
Attività a Bassa rischiosità	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività a Media rischiosità	-20%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Attività ad Alta rischiosità	-50%	-30%	Nessuna riduzione

Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente 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 a 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.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 2.5 - Determinazione dell'invalidità permanente

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla "Tabella A" (o alla clausola 3 - "Tabella INAIL" delle Condizioni Particolari - qualora espressamente richiamata).

Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti dalla "Tabella A", si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella "Tabella A", le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso di invalidità permanente non specificata nella "Tabella A", l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella "Tabella A" e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%. Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

Tabella "A" correlata all'articolo 2.5

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
• un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%
• un arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
• un arto inferiore 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%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio 25%
- ambedue gli occhi.....100%

Perdita anatomica:

- di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria..... 15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica 8%

Stenosi nasale assoluta:

- monolaterale 4%
- bilaterale.....10%

Anchilosi:

- della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola..... 25%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera20%
- del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera.....10%
- dell'anca in posizione favorevole..... 35%
- del ginocchio in estensione 25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto10%
- della tibio-tarsica con anchilos della sotto astragalica..... 15%

Blocco della pronosupinazione in
semipronazione dell'avambraccio e della mano..... 7%

Paralisi completa del nervo:

- radiale 35%
- ulnare20%
- 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%
- di una vertebra dorsale.....5%
- della dodicesima dorsale.....10%
- di 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 menisco laterale brachiale del ginocchio indipendentemente dal trattamento attuabile3%
- del menisco mediale del ginocchio
indipendentemente dal trattamento attuabile2%
- di un metamero sacrale.....3%
- di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente5%

Lesione completa del legamento crociato
anteriore del ginocchio 9%

Esiti di rottura sottocutanea:

- del tendine di Achille..... 4%
- di un tendine del bicipite brachiale.....5%
- di un qualsiasi altro tendine2%

Sordità completa di:

- un orecchio.....10%
- ambedue gli orecchi 40%

Perdita della voce.....30%

Art. 2.6 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie

La liquidazione per invalidità permanente verrà determinata con le modalità che seguono:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 150.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata 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%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di franchigie sulla parte di somma assicurata fino a € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% 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%.

Art. 2.7 - Liquidazione delle ernie traumatiche o da sforzo

Per le ernie determinate da sforzo si conviene quanto segue:

- qualora l'ernia non risulti - secondo giudizio medico - operabile, 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 medico - operabile e la stessa non abbia residuo 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 convalescenza - purché prevista in polizza.

Restano comunque fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.6.

Art. 2.8 - Anticipo dell'indennizzo

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

Art. 2.9 - Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera C), la Società corrisponderà la somma assicurata:

- 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 anche in parte all'attività dichiarata in polizza.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio 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.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione della seguente franchigia:

- sette giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 25,00
- dieci giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 25,00 e fino a € 50,00
- quindici giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00

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.

Art. 2.10 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio e relativa franchigia

Se l'infortunio ha come conseguenza spese mediche, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera D), la Società rimborserà le stesse all'Assicurato, nel limite del massimale pattuito per ciascun infortunio. 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.

La Società non applica deduzioni quando l'infortunio comporti:

- a) il ricovero in Istituto di cura;
- b) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
- c) una immobilizzazione, anche senza ricovero, per almeno venti giorni.

Sono ammesse a risarcimento le spese sostenute non oltre due anni dalla data dell'infortunio, salvo per le protesi dentarie, se indennizzabili, per le quali resta fermo il termine di un anno. Quando l'Assicurato fruisca di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa, per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata e senza applicazione della precitata franchigia.

Gli originali delle ricevute presentati dall'Assicurato, a sua richiesta, vengono restituiti 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 ottenerne il rimborso, la Società effettua 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 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. 2.11 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) 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;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 2.12 - 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.

Art. 2.13 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, 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.

Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo

Si conviene fra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 5.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

NORME RELATIVE ALLA SEZIONE MALATTIA

Art. 2.15 - Liquidazione della indennità per ricovero a seguito di malattia

Se la malattia ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo la previsione dell'Art. 4.1 (Garanzie prestate) - lettera A), la Società corrisponderà:

- in caso di ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza per ogni giorno di degenza;
- in caso di Day Hospital, purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi, una indennità pari al 50% della somma indicata in polizza, per ogni giorno di degenza diurna.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per ogni malattia;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata del ricovero o del Day Hospital e la causa;
- c) 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;
- d) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga, nei limiti delle somme convenute in polizza nonché alle condizioni che seguono ed in relazione alle prestazioni di cui all'Art. 3.9 (Garanzie prestate) ed alle Condizioni Particolari se rese operanti, ad indennizzare i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni inerenti agli eventi garantiti.

Qualora venga predisposto un testo aggiuntivo che integri o deroghi il presente articolo in modo tale che la descrizione dell'oggetto dell'assicurazione risulti diversa da quanto disciplinato dagli articoli 3.2 e 3.5 della Sezione Infortuni - in quanto delimitata ad un particolare ambito di garanzia - resta inteso che la copertura prestata sarà riferita agli eventi specifici di tale rischio ed in tal caso gli articoli su indicati dovranno intendersi automaticamente non operanti.

Art. 3.2 - Eventi garantiti - infortuni da attività professionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi:

- nell'esecuzione di lavori inerenti alle attività professionali svolte entro le previsioni di cui alla "classificazione delle attività professionali" di seguito riportata;
- durante il percorso dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Il premio relativo è determinato, per espressa dichiarazione resa e sottoscritta dall'Assicurato e/o dal Contraente al momento della stipulazione della polizza, in base alla "classe di rischio" in cui rientrano tutte le attività svolte dall'Assicurato stesso.

Art. 3.3 - Classificazione delle attività professionali in "classi di rischio"**ATTIVITÀ A BASSA RISCHIOSITÀ**

Tutte le attività svolte senza alcuna partecipazione al lavoro manuale, nonché casalinghe, studenti, pensionati, benestanti.

ATTIVITÀ A MEDIA RISCHIOSITÀ

Attività svolte con lavoro manuale ed anche con uso di:

- macchine a motore automatiche;
- macchine a motore semiautomatiche di potenza non superiore a 2 Kw
- macchine a motore con impiego manuale di potenza non superiore a 2 Kw;

è escluso il lavoro che comporti:

- fusione di metalli non preziosi;
- uso di fiamma ossidrica e ossiacetilenica;
- uso di sostanze corrosive;
- installazione, manutenzione, riparazione di impianti di alta tensione (superiore a 400 V. c.a. superiore a 600 V. c.c.);
- taglio di alberi ad alto fusto;
- impiego e/o guida di macchine operatrici semoventi o macchine agricole;
- guida di autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, adibiti al trasporto di merci
- carico o scarico di sostanze infiammabili o corrosive
- carico o scarico di bestiame non ingabbiato nonché di altre merci o prodotti effettuato su e da autoveicoli di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali, imbarcazioni, navi e natanti
- macellazione e mattanza;
- lavoro manuale svolto ad altezze superiori a 4 metri su tetti, scale, gru, impalcature, ponteggi, nonché in cave in genere.

ATTIVITÀ AD ALTA RISCHIOSITÀ

Tutte le altre attività svolte con lavoro manuale, senza alcuna esclusione, salvo quanto previsto per le attività assicurabili a condizioni speciali di cui al successivo Art. 3.4.

Ai fini della classificazione dei rischi si precisa che sono parificate al lavoro manuale:

- le operazioni di facchinaggio, di carico o scarico di merci e di prodotti su o da qualsiasi mezzo adibito al trasporto di cose;
- le prestazioni di servizio manuali (quali, a titolo esemplificativo: pulizia ambienti e strade, lavaggio macchine, cambio olio di veicoli a motore, addobbi, affissione, barellieri, ed attività simili);
- la guida di veicoli a motore per il trasporto di persone o cose, tranne quella di:
 - autovetture;
 - autoveicoli per il trasporto promiscuo di persone e cose
 - autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri, purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie
 - motocicli e ciclomotori ad uso privato.

Art. 3.4 - Attività non rientranti nelle “classi di rischio” ed assicurabili a condizioni speciali

Le persone che svolgono le attività sottoelencate non rientrano nelle previsioni di cui alla “Classificazione delle attività professionali” del precedente Art. 3.3, pertanto possono essere assicurate esclusivamente mediante patto speciale ed a condizioni determinate per ogni singolo caso:

- personale che svolge lavori subacquei;
- personale di bordo di mezzi aerei e marittimi;
- personale specificatamente addetto al collaudo di veicoli in genere;
- personale di circhi equestri ed artisti acrobati;
- personale addetto a giostre e parchi di divertimento;
- personale di giardini zoologici;
- personale addetto all'addestramento di animali;
- personale delle Forze Armate, del Corpo di Polizia, di Vigilanza e Vigili del Fuoco;
- personale addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di prodotti esplosivi e contaminanti;
- personale che accede e/o lavora in miniera;
- personale che lavora in galleria;
- personale addetto allo spurgo di pozzi neri e manutenzione di reti fognarie;
- personale addetto alla pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere;
- personale addetto alla disinfezione, disinfestazione e derattizzazione;
- pirotecnici;
- istruttori dei seguenti sport: aerei, free-climbing (arrampicata libera), pugilato, lotta in genere nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano, immersioni subacquee, speleologia, bob, arti marziali, hockey, sci ed idrosci, snow-board, bungee-jumping, kite-surf, paracadutismo, tuffi, scherma, equestri e motoristici;
- atleti iscritti alle rispettive federazioni nazionali che praticano in forma professionistica lo sport;
- guide alpine.

Art. 3.5 - Eventi garantiti - infortuni da attività extraprofessionale

La garanzia assicurativa riguarda i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni occorsi nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale. Sono pertanto indennizzabili, a titolo descrittivo ma non limitativo, gli infortuni subiti:

- nello svolgimento di attività domestiche
- nello svolgimento di lavori di manutenzione, riparazione, abbellimento, miglioramento della propria abitazione abituale o non abituale e del relativo arredamento anche con uso di macchine a motore;
- nello svolgimento di lavori di giardinaggio e di orticoltura effettuati per hobby, anche con uso di macchine a motore da giardino e da orto;
- nello svolgimento di hobbies anche con uso di macchine a motore;
- alla guida di imbarcazioni da diporto, motocicli, ciclomotori, biciclette, autovetture, campers, compresi gli autoveicoli immatricolati al P.R.A. come autocarri purché conservino le caratteristiche di autovetture di serie e purché di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali;

- in qualità di passeggero di tutti i mezzi di locomozione pubblici o privati, terrestri, marittimi, fluviali, lacustri.

Anche se il contratto è stato stipulato esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale, la garanzia assicurativa vale durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa percorrendo il tratto più breve anche con gli ordinari mezzi di locomozione.

Inoltre se l'attività professionale dichiarata in polizza dall'Assicurato risulti quella 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. 3.6 - Parificazione ad infortunio

Sono considerati infortuni:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
 - b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
 - c) l'annegamento;
 - d) l'assideramento o il congelamento;
 - e) i colpi di sole o di calore;
 - f) la folgorazione;
 - g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
 - h) le lesioni muscolari quali stiramenti e strappi;
 - i) le ernie determinate da sforzo, limitatamente ai casi e modalità di prestazione previsti dall'Art. 2.7 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. 2.5, con 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.
- II) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Art. 3.7 - Estensioni

Sono altresì indennizzabili:

- a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;
- b) 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 per i casi di terremoto ed eruzioni vulcaniche:

- la presente estensione è operante per il solo caso di Morte 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;
 - nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di 1.500.000,00 per anno assicurativo. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.
- c) gli infortuni occorsi durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva. Questa estensione non comprende gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'assicurazione e di ottenere la protrazione dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione;
 - d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei su aeromobili da chiunque eserciti, esclusi:
 - 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, dirigibili.

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

- e) 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.

- f) le spese documentate sostenute dall'Assicurato nel caso di infortunio indennizzabile a termini 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. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia "Rimborso spese mediche", se operante;
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 1).

Art. 3.8 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;
- b) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta 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 occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;
- 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, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;
- f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare, salvo quanto stabilito all'Art. 3.7 (Estensioni) - lettera e);
- g) attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- h) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività
- i) le conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- j) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sport elencati all'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica attività sportiva) - paragrafo 2);
- k) gli infarti;
- l) gli infortuni causati da atti di terrorismo, sabotaggio e sequestro di persona, verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- m) gli infortuni occorsi all'Assicurato in servizio durante lo svolgimento di attività previste nella definizione di "Corpi Speciali".

Art. 3.9 - Garanzie prestate

(operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza le somme assicurate e corrisposto il relativo premio)

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.

A l) Commorienza di coniugi - duplicazione della somma assicurata a favore dei figli minorenni

La Società liquida una seconda volta - ma con il massimo di € 260.000,00 - la somma assicurata per il caso di morte qualora nel medesimo infortunio che provochi la morte dell'Assicurato perisca anche il suo coniuge. Questo indennizzo supplementare viene corrisposto unicamente ai figli di età inferiore ai 18 anni e/o 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), in parti uguali.

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

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una inabilità temporanea.

D) Rimborso per spese mediche da infortunio

La garanzia riguarda il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio 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, rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare un danno estetico nonché gli interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto nel limite complessivo del 20% della somma assicurata;
- d) le rette di degenza;
- e) 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;
- f) il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e all'Istituto di cura o ambulatorio entro il 20% della somma assicurata;
- g) accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti all'Art. 2.13 (Arbitrato irrituale);
- h) cure odontoiatriche, paradontopatie e protesi dentarie nel limite complessivo del 10% della somma assicurata e con il massimo di € 1.100,00.

Resta comunque inteso tra le Parti che il rimborso delle spese per le protesi dentarie - se dovuto - sarà comunque effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre un anno dalla data del sinistro.

E) Indennità per ricovero a seguito di infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Art. 3.10 - Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive (comprese le relative prove ed allenamenti)

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 modalità ed i criteri

indicati all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri;

- le condizioni particolari 3 - 36 - 75 della Sezione Condizioni Particolari - se richiamate nella Scheda di polizza - devono intendersi non operanti, e l'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà corrisposto secondo i criteri indicati all'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Ai fini dell'indennizzo qualora il contratto sottoscritto preveda una franchigia per Invalidità Permanente superiore (in relazione agli scaglioni individuati ed indicati all'Art. 2.6 sopra citato, distintamente considerati), quest'ultima sarà operante in sostituzione di quanto previsto 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 sulla parte di somma assicurata fino ad € 150.000,00;
- di grado pari o superiore al 50% 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 gare di regolarità pura;
- Sport aerei.

Art. 4.1 - Garanzie prestate

(operante solo se espressamente indicata nella Scheda di polizza la somma assicurata e corrisposto il relativo premio)

A) Indennità per ricovero a seguito di malattia

La garanzia, prestata in base alle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario, riguarda la malattia che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

Art. 4.2 - Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia

L'assicurazione decorre dalle ore 24:

- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto 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 stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del centoottantesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- del centoottantesimo giorno successivo a quello di effetto 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;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per il parto, l'aborto terapeutico e le malattie da gravidanza.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità di altra polizza emessa dalla Società e riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24:

- del giorno di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da questa ultima risultanti
- del giorno di effetto 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 della presente polizza, i suddetti termini di carenza operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 4.3 - Rischi esclusi dall'assicurazione

La garanzia "Indennità per ricovero a seguito di malattia", non è operante per i ricoveri:

- a) relativi a conseguenze dirette di malattie, difetto fisico/ malformazione, stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave;
- b) conseguenti a malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) necessari alla correzione o l'eliminazione di difetti fisici congeniti;
- d) riguardanti terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza, nonché l'aborto non terapeutico e le sue eventuali conseguenze; e) riguardanti malattie croniche in istituti sanitari di lunga permanenza (cronicari, case di riposo, ecc.) ancorché qualificate come Istituti di cura; f) necessari alle cure odontoiatriche e delle paradontopatie;
- g) riguardanti gli stati patologici correlati all'infezione H.I.V.;
- h) riguardanti le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- i) riguardanti le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262, e successive modifiche) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere.

(operanti solo se espressamente pattuite e richiamate nella Scheda di polizza)

- **Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali (cod. 1)**

La garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività extraprofessionale come descritte all'Art. 3.5 (Eventi garantiti - infortuni da attività extraprofessionale).

- **Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (cod. 2)**

La garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni derivanti da attività professionale come descritte all'Art. 3.2 (Eventi garantiti - infortuni da attività professionale).

- **Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente (cod. 14)**

La garanzia assicurativa riguarda la copertura del Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti dello stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. In tal caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di una ulteriore somma pari a quella dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato una polizza di responsabilità civile, operante per il sinistro occorso, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di responsabilità civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi di polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi della estensione di cui all'Art. 3.7 (Estensioni) - lettera d);
- gli infortunati sono parenti od affini del Contraente stabilmente conviventi con lui;
- il Contraente è una società a responsabilità illimitata e gli infortunati sono soci od amministratori della stessa, ovvero loro parenti od affini stabilmente conviventi con loro.

- **Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni (cod. 21)**

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base al preventivo annuo delle retribuzioni dallo stesso denunciato e costituisce, in ogni caso, il premio minimo; pertanto il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire, unitamente ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli.

La somma assicurata ai fini del calcolo dell'indennizzo si determina considerando retribuzione quella che l'infortunato ha percepito nell'anno precedente rispetto a quella in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente, purché su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua verrà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per trecentosessantacinque (o trecentosessantasei in caso di anno bisestile) la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso fra la data di assunzione e quella dell'infortunio.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società possa procedere al conteggio per la regolazione del premio definitivo.

Agli effetti della regolazione del premio la retribuzione annua denunciata per ogni singolo assicurato non potrà superare la somma ottenuta dividendo "l'importo massimo garantito" per i multipli della retribuzione riportati in polizza per i casi di Morte e Invalidità Permanente. Le differenze risultanti

dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento. Conseguentemente la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare infermità, difetti fisici e/o mutilazioni, di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo il disposto dell'Art. 1.11 (Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione).

In caso di infortunio resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 2.2 (Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità) che stabilisce i criteri di indennizzabilità in presenza di preesistenti minorazioni e/o condizioni patologiche.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre polizze infortuni stipulate dai singoli Assicurati con altre società, ciò in deroga a quanto previsto all'Art. 1.9 (Altre assicurazioni).

Estensione agli "sport ad alto rischio" (cod. 35)

A parziale deroga dell'Art. 3.10 (Infortuni derivanti dalla pratica di attività sportive) - paragrafo 2) - lettera c) della Sezione Infortuni, la garanzia è estesa - limitatamente ai casi Morte e Invalidità Permanente - agli infortuni derivanti dalla pratica di "sport ad alto rischio" purché non praticati come "sport agonistici e/o professionistici". Relativamente alla presente estensione, la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente avverrà in ogni caso secondo le modalità descritte dalla condizione particolare "Invalidità permanente con franchigia maggiorata" (cod. 84) della presente sezione, anche se non espressamente richiamata.

- Limitazione dell'assicurazione agli infortuni "in itinere" (cod. 37)

In deroga a quanto previsto dagli Artt. 3.2 (Eventi garantiti - infortuni da attività professionale) e 3.5 (Eventi garantiti - infortuni da attività extraprofessionale), la garanzia assicurativa è operante esclusivamente per gli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso.

- Regolazione del premio (cod. 80)

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente in base ad elementi variabili dallo stesso denunciati ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio iniziale, che costituisce, in ogni caso, il premio minimo.

Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o di minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società i dati necessari alla regolazione, affinché la Società possa procedere al relativo conteggio del premio definitivo.

Le differenze risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla data della comunicazione effettuata dalla Società al Contraente, fermo restando, in ogni caso, il premio minimo anticipato.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto e garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto

luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del giorno del mancato adempimento.

Conseguentemente la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione, sino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, fermo il diritto della Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto ad agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Il Contraente, a richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti o controlli, è tenuto a fornire chiarimenti e ad esibire tutta la documentazione necessaria.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL CASO MORTE

- Raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte da circolazione stradale (cod. 47)

La Società, nel limite di esborso massimo complessivo di € 400.000,00 per ogni infortunato, corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte per gli infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vigore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;
- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove. Qualora il doppio dell'indennità, comprensivo del capitale base e del raddoppio, superi € 400.000,00, la Società non potrà corrispondere in ogni caso, per ogni infortunato, somme superiori a detta cifra.

Resta fermo in ogni caso il limite previsto all'Art. 2.14 (Limite di indennizzo per sinistro collettivo).

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

- Tabella INAIL (cod. 3)

La "Tabella A" correlata all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente) si intende sostituita dalla tabella di cui al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965 e successive modifiche.

Franchigia assoluta sulla invalidità permanente (cod. 9)

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

- non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore alla percentuale di franchigia convenuta risultante in polizza.
- se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

- Invalidità permanente con supervalutazione specifica (cod. 36)

Fermi i criteri di liquidazione di cui all'Art. 2.5 (Determinazione dell'invalidità permanente), in caso di infortunio indennizzabile che comporti all'Assicurato la perdita totale, anatomica o funzionale degli organi od arti di seguito elencati, la "Tabella A" correlata all'Art. 2.5 o la Tabella di legge (INAIL) se resa operante richiamando la clausola 3 della presente sezione, si intende parzialmente modificata come di seguito indicato:

Per la perdita totale

- di un braccio o di una mano100%
- per la perdita totale del pollice 60%
- per la perdita totale dell'indice 60%
- per la perdita totale del medio30%

- per la perdita totale dell'anulare 15%
- per la perdita totale del mignolo 15%
- per la perdita totale di più dita 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 di un piede..... 50%

Per la perdita di una falange o di anchilosi totale di una sola articolazione l'indennizzo sarà pari alla metà di quella per la perdita totale del dito.

Si conferma che in caso di minorazione le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta e che rimangono ferme tutte le altre disposizioni previste dal citato articolo.

Viene inoltre convenuto e stabilito che la presente pattuizione cesserà di essere operativa nel caso in cui l'Assicurato cambiasse la propria attività professionale indicata in polizza. In tal caso la Società provvederà a richiesta dell'Assicurato, alla modifica del premio.

- **Invalidità permanente senza franchigia sui primi € 150.000,00 di somma assicurata (cod. 75)**

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

- sulla parte di somma assicurata sino a 150.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato senza applicazione di franchigia;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte della somma assicurata 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%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte della somma assicurata eccedente € 500.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

Quando in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti:

- di grado pari o superiore al 50% 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 maggiorata (cod. 84)**

Quanto previsto dall'Art. 2.6 (Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie) - viene annullato e così sostituito:

L'indennizzo dovuto per l'invalidità permanente verrà determinato come segue:

- sulla parte di somma assicurata sino a € 250.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 5%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 5%;
- sulla parte di somma assicurata 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%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 10%;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 15%; pertanto non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 15%.

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 PARTICOLARI RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

- Inabilità temporanea in forma integrale e relativa liquidazione (cod. 4)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, 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.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

- Inabilità temporanea con franchigia assoluta (cod. 7)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza. La franchigia decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio.

- Inabilità temporanea in forma integrale con franchigia riassorbibile (cod. 44)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, 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.

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con una franchigia di quindici giorni.

La franchigia:

- a) è ridotta a cinque giorni quando le prime cure siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio Ospedaliero;
- non si applica quando l'infortunio comporti:
- b) un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura
 - c) un Day Hospital di almeno due giorni consecutivi;
 - d) un periodo di inabilità temporanea non inferiore a quaranta giorni consecutivi comprovati da certificazione medica;
 - e) una immobilizzazione, anche senza ricovero per almeno venti giorni.

- Inabilità temporanea senza franchigia per indennità fino a € 25,00 (cod. 76)

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.9 (Liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea decorre dal primo giorno successivo a quello dell'infortunio, purché la somma assicurata non sia di importo superiore a € 25,00.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

- Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio (cod. 32)

La garanzia, ad estensione di quanto previsto dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una immobilizzazione. La Società corrisponderà per ogni giorno di immobilizzazione, sino alla rimozione del mezzo di contenzione - anche in assenza di ricovero - un indennizzo giornaliero pari al 100% della somma assicurata per la diaria da ricovero.

Si conviene, inoltre, tra le Parti che:

- a) la durata massima del periodo indennizzabile non potrà superare, in ogni caso, trecentosessantacinque giorni per infortunio;
- b) l'indennizzo sarà effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata, su presentazione da parte dell'Assicurato dei documenti giustificativi comprovanti la durata dell'immobilizzazione e la causa;

- c) la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi di cui sopra, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

- **Indennità per convalescenza a seguito di infortunio (cod. 33)**

La prestazione, ad estensione di quanto previsto dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una convalescenza successiva ad un ricovero in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, per un periodo pari al doppio di quello della degenza con il limite di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio.

Il periodo di indennizzo comprensivo del ricovero e della convalescenza non potrà superare i trecentosessantacinque giorni.

L'indennità per convalescenza sarà liquidata dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione da parte dell'Assicurato di certificazione medica attestante lo stato di convalescenza.

- **Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri conseguenti ad infortunio (cod. 77)** Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a venti giorni, l'indennità giornaliera di ricovero convenuta in polizza:

- è maggiorata del 50% dal ventunesimo al quarantesimo giorno consecutivo di degenza;
- è raddoppiata oltre il quarantesimo giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'istituto di cura.

Per il caso di ricovero a seguito di infortunio in reparto di rianimazione o di cura intensiva e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari al doppio della somma convenuta in polizza.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

- **Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio (cod. 78)**

A parziale deroga dell'Art. 3.9 (Garanzie prestate) - lettera E), l'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

- **Franchigia assoluta sull'indennità per immobilizzazione da infortunio (cod. 101)**

A parziale deroga di quanto previsto dalla clausola 32 - "Indennità per immobilizzazione a seguito di infortunio" - se operante - l'indennità per immobilizzazione da infortunio viene corrisposta con applicazione di una franchigia assoluta di cinque giorni.

CONDIZIONI PARTICOLARI RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

- **Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da malattia (cod. 79)**

A parziale deroga dell'Art. 4.1 (Garanzie prestate) - lettera A), l'indennità per ricovero ospedaliero da malattia viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Articolo 50.

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 Bis - Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore

Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma. Omissis ...

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui (1890) 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 stata 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 separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

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

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore 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, c.c., e, decorsi due anni dall'avvenimento, viene dichiarata la morte presunta a norma dell'Articolo 60, n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Ed. 01/07/2025

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
unipol.com - unipol.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il “**Regolamento**”), La informiamo che, al fine di fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore ed eventualmente anche a favore di altri soggetti assicurati (ad esempio, familiari e conviventi), saranno trattati alcuni dati personali a Lei e/o ad altri soggetti riferibili (in via esemplificativa, altri soggetti assicurati o beneficiari di polizza, aderenti ad associazioni che abbiano stipulato specifiche convenzioni con la Compagnia – come infra definita – ed in ragione delle quali Lei potrà eventualmente ricevere sconti o vantaggi).

La presente informativa sul trattamento dei dati personali dovrà essere consegnata, da parte del contraente, agli eventuali altri soggetti cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (ad es., gli altri soggetti assicurati).

Chi tratterà i dati personali?

Titolare del trattamento dei Suoi dati è **Unipol Assicurazioni S.p.A.** (www.unipol.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (di seguito, la “**Compagnia**”).

Quali dati personali tratteremo?

Saranno trattate le seguenti categorie di dati personali (di seguito, i “**Dati**” o i “**Suoi Dati**”):

- a) dati anagrafici (in via esemplificativa, e non esaustiva, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita e codice fiscale) ed estremi di contatto (numero di telefono e indirizzo di posta elettronica);
- b) informazioni socioeconomiche (in via esemplificativa, e non esaustiva, dati reddituali, relativi alla Sua professione, alle Sue proprietà di beni immobili e di mobili registrati, alla Sua eventuale attività d'impresa, nonché informazioni sull'affidabilità creditizia);
- c) informazioni riguardanti la Sua posizione assicurativa con la Compagnia (in via esemplificativa, premi pagati, sinistri liquidati, ecc.);
- d) informazioni riguardanti i sinistri connessi alla Sue posizioni assicurative, anche intrattenute con altre compagnie assicurative;
- e) dati relativi ai Suoi metodi di pagamento (quali, ad esempio, le Sue coordinate bancarie);
- f) potranno altresì essere trattati dati appartenenti a categorie particolari, entro i limiti di quanto strettamente necessario all'erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (ad esempio, dati relativi alla salute, in occasione di richieste di liquidazione, riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'Area Riservata), ovvero al fine di riconoscerLe le eventuali agevolazioni e/o gli sconti previsti dalle convenzioni di cui potrà beneficiare (ad esempio, dati relativi alla Sua appartenenza sindacale).
- g) immagini del Suo veicolo, nel caso di stipula di specifiche garanzie assicurative, per attestarne lo stato.

Oltre i Dati da Lei direttamente forniti, potranno essere trattati anche Dati raccolti presso fonti terze¹.

Qualora i dati appartenenti a categorie particolari siano riferibili a soggetti minori, Lei si impegna a ottenere i necessari consensi da parte di tutti coloro i quali esercitano nei confronti di tali soggetti minori la responsabilità genitoriale.

¹ In via esemplificativa, i Dati potranno essere raccolti presso o per il tramite di: contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario; coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), presso cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Stipula della polizza, erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (di seguito, i “Servizi Assicurativi” o i “Servizi”) e attività connesse:** il trattamento avviene al fine di consentire la stipula della polizza, relativa al prodotto assicurativo da Lei richiesto, nonché allo scopo di erogarne i relativi Servizi. In particolare, il trattamento potrebbe riguardare, fra le altre, le seguenti attività: predisposizione e stipula di contratti assicurativi; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione delle eventuali ulteriori prestazioni previste dai Servizi da Lei richiesti; attività pertinenti la riassicurazione e/o la coassicurazione.
- **(F2) – Finalità amministrativo-contabile e adempimento degli obblighi normativi di settore:** il trattamento avviene al fine di consentire l'adempimento degli obblighi normativi (ad esempio, fiscali), amministrativi e contabili di volta in volta applicabili, nonché per l'adempimento degli altri specifici obblighi previsti dal settore assicurativo (in via esemplificativa, la tenuta dei registri assicurativi) e delle eventuali disposizioni impartite dai soggetti pubblici competenti, quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza².
- **(F3) – Finalità antifrode:** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività pertinenti la prevenzione e l'accertamento delle frodi assicurative e la valutazione in ordine alle relative azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol.
- **(F4) – Esercizio e difesa dei diritti:** il trattamento avviene allo scopo di consentire alla Compagnia l'eventuale esercizio di azioni e/o la difesa di diritti, da intraprendere sia per via stragiudiziale che in sede giudiziaria, nonché lo svolgimento delle investigazioni difensive per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti ritenuti illeciti o fraudolenti.
- **(F5) – Finalità statistiche e/o tariffarie:** il trattamento attiene allo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati per finalità tariffarie e/o statistiche, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti) per l'analisi di nuovi mercati assicurativi, per la gestione ed il controllo interno.
- **(F6) – Comunicazioni di servizio:** il trattamento prevede l'utilizzo dei Dati al fine di inviarLe comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l'assistenza tecnica e garantirLe l'accesso alla Sua area riservata.
- **(F7) – Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “Soft spam”):** il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell'ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviarLe comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, “I Suoi diritti”).

² Per l'adempimento di specifici obblighi normativi, in via esemplificativa, ci si riferisce a: (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”); (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07); (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale titolare), per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità; (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC, sugli Attestati di Rischio, gestita da ANIA.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e); f); g)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte. L'eventuale trattamento di dati appartenenti a categorie particolari avviene sulla base del consenso fornito da ciascun interessato ai sensi dell'art. 9, c. 2 lett. a) del Regolamento.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non sarà possibile procedere all'erogazione dei Servizi.
F2	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	
F3	a); b); c); d); e); f); g)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F4	a); b); c); d); e); f); g)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F5	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse della Compagnia nello svolgimento di attività di tariffazione e analisi statistiche.	
F6	a); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte, ovvero nella necessità di adempiere agli specifici obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di inviarLe le comunicazioni di servizio connesse alla Sua posizione assicurativa.
F7	a)	Il trattamento avviene nel perseguimento di esigenze di marketing diretto, ai sensi dell'art. 130, c. 4 del D.Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Suoi Dati è facoltativo; il mancato conferimento non pregiudicherà l'erogazione dei Servizi.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi, e saranno resi accessibili al solo personale autorizzato e istruito, nella sola misura di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

I Suoi Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità statistiche o tariffarie, nonché al fine di prevenire o accertare frodi assicurative. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi Dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

Qualora Lei intenda beneficiare di specifici sconti o vantaggi nell'acquisto dei prodotti e/o servizi offerti dalla Compagnia, Le potranno eventualmente (nel caso sussistano specifiche convenzioni dedicate) essere

richiesti alcuni dati personali (anagrafici, nonché rientranti in categorie particolari, quali l'appartenenza a organizzazioni sindacali) riferibili a soggetti terzi: in tali casi, sarà necessario ottenere il consenso al trattamento dei dati da parte dei terzi interessati.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- soggetti esterni cui la Compagnia affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici, telematici e di archiviazione; soggetti cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; soggetti che forniscono attività di supporto alla gestione delle attività operative connesse – ad esempio, società di servizi postali; soggetti che svolgono attività di revisione, di consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari di controllo delle frodi, di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol³, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate (ad esempio, UniSalute S.p.A. che, in qualità del responsabile del trattamento, eroga servizi assicurativi per conto di Unipol per specifiche tipologie di prodotto);
- soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell’ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell’Unione Europea o anche fuori della UE. In via esemplificativa: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; enti e organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l’adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l’elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati);
- le competenti autorità – giudiziaria (di seguito, “**Autorità Giudiziaria**”), ente pubblico (di seguito, “**Pubblica Amministrazione**”), autorità di controllo (ad esempio, IVASS) o di pubblica sicurezza –, sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto della Compagnia, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- società assicurative, non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi, della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale;
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), per la raccolta ed elaborazione di elementi, notizie e dati strumentali all’esercizio e alla tutela dell’industria assicurativa, nonché per la gestione della Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD);
- Organismi consortili del settore assicurativo, i quali operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate alle quali i dati possono essere comunicati;
- CONSAP (“Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici”);
- soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza, o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall’Autorità Garante per i dati personali ovvero dall’Autorità giudiziaria.

Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Privacy del sito web www.unipol.it.

³ Per ulteriori informazioni, si veda l’elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili, in genere per dieci (10) anni dall'ultima registrazione; resta ferma la possibilità di un'ulteriore conservazione, qualora necessaria all'esercizio o la tutela di diritti, nel caso di controversie o contestazioni.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso eventualmente prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Inoltre, può sempre opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, qualora non basate sul Suo previo consenso (Soft Spam).

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione, per chiarimenti sul trattamento dei Suoi dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica privacy@unipol.it.

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

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

