



la tua protezione



UnipolSai

INFORTUNI

CIRCOLAZIONE

Contratto di Assicurazione Infortuni.
Modello 1203 - Ed. 15.03.2015

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Infortuni Circolazione

Ed. 15.03.2015

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINA

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 11
1. Informazioni generali	2 di 11
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 11
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 11
3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni	3 di 11
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio	5 di 11
5. Aggravamento o diminuzione del Rischio	5 di 11
6. Premi	5 di 11
7. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate	5 di 11
8. Diritto di Recesso	5 di 11
9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	6 di 11
10. Legge applicabile al contratto	6 di 11
11. Regime fiscale	6 di 11
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6 di 11
12. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	6 di 11
13. Assistenza diretta - Convenzioni	6 di 11
14. Reclami	7 di 11
15. Arbitrato	7 di 11
GLOSSARIO	8 di 11

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINA

A. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 33
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 33
B. NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI	7 di 33
2. SEZIONE INFORTUNI	7 di 33
3. SEZIONE SALVACIRCOLAZIONE	15 di 33
4. SEZIONE ASSISTENZA	16 di 33
C. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	19 di 33
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	19 di 33
• NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	29 di 33

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINA

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3
--	--------

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione danni "UnipolSai Infortuni Circolazione" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

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

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111
- telefax: 051.375349
- siti internet:
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it
- indirizzo di posta elettronica:
info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base alla situazione patrimoniale di apertura della Società risultante dalla fusione alla data del 1° gennaio 2014, il patrimonio netto della Società è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto viene offerto con tacito rinnovo annuale, con possibilità però per il Contraente e la Società di escludere il tacito rinnovo.

Avvertenza: in caso di stipula con tacito rinnovo la disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza, dalla parte recedente all'altra parte con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo Assicurativo e sconto per poliennalità".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto, nei limiti previsti in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione, offre una copertura assicurativa Infortuni a favore del conducente di veicoli e Natanti, nonché dei trasportati e dei pedoni, **cui viene sempre abbinata una copertura Assistenza**; è altresì abbinabile la copertura SalvaCircolazione.

- La copertura *Infortuni* prevede, in caso di Infortunio occorso in qualità di conducente o trasportato su veicoli / Natanti o di pedone investito da qualsiasi veicolo, la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- *Morte*, con pagamento della Somma assicurata ai beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali tra loro; il pagamento viene effettuato anche in caso di Stato Comatoso Irreversibile, in quanto protrattosi per almeno 180 giorni consecutivi, ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti, in parti uguali tra di loro, e in subordine agli ascendenti; l'Assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro.
- *Invalidità permanente*, con pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalidità permanente accertata, distinguendo nella quantificazione dell'Indennizzo tra Invalidità fino al 49%, dal 50% al 99% e pari al 100%; si vedano in

particolare le tabelle di cui agli Artt. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" e 5.5 "Invalidità Permanente - Criteri di Indennizzo", nonché i casi particolari disciplinati dagli Artt. 5.5.1 "Ernie addominali traumatiche da Sforzo", 5.5.2 "Rotture del tendine d'Achille" e 5.5.3 "Eventi naturali catastrofici".

- *Rimborso spese mediche da Infortunio*, comprendente il rimborso delle spese di cura inclusi, tra le altre voci, gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e l'acquisto di presidi o tutori prescritti dai sanitari, sostenute non oltre due anni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" lettera C).
- *Diarie da Infortunio*, comprensiva di *Indennità per Ricovero* (con pagamento, della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio), *Indennità per Ricovero e Convalescenza* (con pagamento per la Convalescenza, in aggiunta a quanto sopra previsto in caso di Ricovero, della somma pattuita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 90 giorni per Infortunio) e *Indennità per Immobilizzazione* (con pagamento della somma pattuita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio). Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" lettera D).

La copertura Infortuni viene prestata, a scelta del Contraente, in tre diverse modalità:

- (i) a favore delle persone identificate in Scheda di polizza (*Scelta Persona*)
- (ii) a favore del Contraente e dei componenti il suo Nucleo familiare al momento del Sinistro nonché delle persone che possono essere incluse o escluse nella garanzia (*Scelta Famiglia*)
- (iii) a favore di qualsiasi conducente del veicolo / natante identificato in Scheda di polizza (*Scelta Veicolo*).

La copertura viene inoltre offerta a combina-

zioni di garanzie e Somme assicurate prefissate (Forma a Combinazioni) oppure a libera scelta (Forma Libera).

È inoltre prevista la possibilità di scelta (per la sola Forma Libera) tra le seguenti *Condizioni specifiche*:

- A) *Adozione della Tabella INAIL* (di cui all'allegato 1 del D.P.R. n°1124 del 30/06/1965) per la determinazione dell'Invalidità permanente in sostituzione di quella presente all'Art. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente". Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera A).
- B) *Invalidità Permanente con Franchigia 3%*, con inserimento della Franchigia del 3% su questa garanzia. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera B).
- C) *Supervalutazione Invalidità Permanente*, con maggiorazione dell'Indennizzo variabile a seconda della misura dell'Invalidità. Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'Art. 2.7 "Condizioni specifiche" lettera C).

- La copertura *SalvaCircolazione* (operante solo se espressamente indicata nella Scheda di polizza e valida per ogni Forma assicurativa e per ogni Scelta, Persona - Famiglia - Veicolo), che prevede il riconoscimento di un Indennizzo per i casi di Furto, Scippo o Rapina di Effetti Personali subiti dall'Assicurato in conseguenza di un Infortunio da circolazione.

- La copertura *Assistenza* (sempre operante in abbinamento obbligatorio anche per la Forma Libera) fornisce all'Assicurato, a seguito di Infortunio da circolazione, prestazioni di aiuto immediato, quali l'invio di medici, di infermieri, di fisioterapisti, il rientro sanitario con autoambulanza e varie altre.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 1.16 "Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione", 2.3 "Esclusioni" e 5.2 "Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti". Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai capitoli B "NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI" e C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" per gli aspetti di dettaglio.

Segnaliamo che le coperture assicurative restano sospese ai sensi del primo e del secondo comma dell'articolo 1901 del Codice Civile in caso di mancato pagamento del Premio; per gli aspetti di maggior dettaglio in materia di sospensione in corso di contratto si rinvia a quanto previsto agli Artt. 1.3 "Decorrenza della garanzia" e 1.6 "Frazionamento del Premio" e 1.7 "Pagamento del premio tramite servizio S.D.D."

Avvertenza: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Franchigie (esprese in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. La Franchigia può essere "relativa", e in tal caso non viene applicata se il danno accertato è superiore alla Franchigia stabilita (e quindi l'Indennizzo risulta integrale) oppure "assoluta", venendo cioè in ogni caso detratta dal danno indennizzabile.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dagli Artt. 2.4 "Garanzie prestate" (in particolare vedasi Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" lett. C) "Rimborso spese mediche da Infortunio" e D) "Diarie da Infortunio"), 2.6.1 "Forma a Combinazioni", 2.6.2 "Forma Libera", 2.7 "Condizioni specifiche" lettera B) "Invalidità Permanente con Franchigia 3%", 5.5.3 "Eventi naturali catastrofici" e nella Scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione del contratto.

Esempio di Franchigia assoluta riguardante la garanzia Invalidità Permanente:
Somma assicurata pari a € 100.000,00,
Invalidità Permanente accertata pari al 10%,
Franchigia assoluta pari al 3%,
Indennizzo pari a € 7.000,00 (10% - 3% = 7%,
da applicare su € 100.000,00).

Esempio di Franchigia relativa riguardante la garanzia Indennità per ricovero e convalescenza:

Somma assicurata pari a € 40,00 per giorno di degenza/convalescenza,
n° 5 giorni complessivi di degenza,
Franchigia relativa pari a n° 2 giorni di degenza,
Indennizzo pari a € 200,00 per la degenza ed € 200,00 per la convalescenza
(n° 5 giorni di degenza è superiore a 2, quindi la Franchigia non viene applicata).

Esempio di limite di Indennizzo:

spesa per trattamenti fisioterapici presso strutture convenzionate UniSalute pari a € 2.000,00,

Somma assicurata per rimborso spese mediche pari a € 3.500,00 (comprensiva della maggiorazione di € 1.000,00 per convenzionamento UniSalute),

limite di Indennizzo per trattamenti fisioterapici pari a € 1.750,00 (50% della Somma assicurata di cui sopra),

Indennizzo corrisposto € 1.750,00.

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

Avvertenza: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione, nonché la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio".

5. Aggravamento o diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento o diminuzione del Rischio.

6. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Previo accordo della Società il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi - più eventuale frazione di mese - del Premio annuo lordo all'atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipula e successivamente ad ogni scadenza annuale. L'eventuale frazionamento è indicato nella Scheda di polizza.

Avvertenza: Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto.

Se la Polizza è stipulata con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Scheda di polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (Art. 1899, 1° comma, del Codice Civile).

7. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate

Salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all'Adeguamento automatico le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.8 "Adeguamento delle Somme assicurate e dei relativi Premi".

8. Diritto di Recesso

Avvertenza: in caso di Sinistro il Contraente e la Società possono recedere dal contratto, nel rispetto dei termini e delle modalità di cui all'Art. 1.12 "Recesso in caso di Sinistro".

Se il contratto è stato stipulato con durata

poliennale, il Contraente ha la facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (Art. 1899, 1° comma, del Codice Civile). Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.4 "Proroga del contratto, Periodo assicurativo e sconto per poliennialità".

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

10. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'articolo 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla legge italiana se il Rischio è ubicato in Italia.

E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle Assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

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

Il Contratto prevede diverse garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

a) Infortuni: 2,50%;

b) SalvaCircolazione

Furto: 21,25% (oltre 1% quale addizionale antiracket);

c) Assistenza: 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: il Sinistro si intende avvenuto al verificarsi dell'Infortunio. Il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto devono dare avviso scritto del Sinistro alla Società o all'intermediario a cui è assegnato il contratto entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne hanno avuto la possibilità.

In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi ad accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 5.1 "Denuncia e obblighi in caso di Sinistro" nonché - più in generale sull'intera procedura liquidativa - al capitolo C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza e Rimborso spese mediche da Infortunio la gestione viene affidata a UniSalute. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto al capitolo C "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI".

13. Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: Per usufruire delle prestazioni sanitarie previste per la garanzia *Rimborso spese mediche da Infortunio*, l'Assicurato può scegliere tra le seguenti modalità operative:

- ASSISTENZA DIRETTA: le prestazioni sanitarie vengono erogate attraverso la rete convenzionata che è un insieme di strutture sanitarie che UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato tramite la Centrale Operativa: in tal caso UniSalute indennizza direttamente le strutture convenzionate;
- ASSISTENZA INDIRETTA: l'Assicurato si

avvale, per la fruizione delle prestazioni sanitarie, di strutture sanitarie non appartenenti alla rete convenzionata con UniSalute oppure a strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. In tal caso l'indennizzo viene erogato nella forma del rimborso successivo all'Assicurato con le limitazioni previste nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto all'Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" lettera C) "Rimborso spese mediche da Infortunio" e C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni".

L'elenco aggiornato delle strutture sanitarie convenzionate è reperibile sul sito Internet www.unisalute.it

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 0251815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331, corredando l'esposto con la copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo deve inoltre contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante (con eventuale recapito telefonico), individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile per descrivere più compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS. Fatta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti o, comunque, di adire l'Autorità Giudiziaria (in tal caso il reclamo esula dalla competenza dell'IVASS), si ricorda che per eventuali reclami riguardanti la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante, avente domicilio in Italia, può presentare il reclamo all'IVASS oppure direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

15. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 5.11 "Arbitrato irrituale".

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia il Contraente di Polizza.

Avvertenza: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

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

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

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

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

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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

Assistenza: l'assicurazione rientrante nel ramo 18 di cui all'art. 2, comma 3, del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che consiste nell'offrire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto al seguito del verificarsi di un evento fortuito, entro i limiti convenuti nel contratto.

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

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione.

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

Cose: oggetti materiali.

Day Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche e per prestazioni di carattere diagnostico che per la loro natura devono essere eseguite in regime di ricovero diurno (con esclusione dei check up di medicina preventiva) documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera.

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

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

Effetti personali: apparecchi audiovisivi e videogiochi non stabilmente fissati al veicolo, telefoni cellulari, Tablet, PC, Preziosi (con esclusione di denaro contante).

Fascicolo Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy

Forma a Combinazioni: è un pacchetto predefinito di garanzie e Somme assicurate scelto dal Contraente ed indicato nella Scheda di polizza.

Forma Libera: consente di personalizzare la copertura assicurativa con garanzie e Somme assicurate a libera scelta del Contraente.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuali di In-

validità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Furto: sottrazione della cosa mobile altrui a chi la detiene, al fine di trarne ingiusto profitto

Furto con destrezza: furto commesso con speciale abilità in modo da eludere l'attenzione del derubato o di altre persone presenti.

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 capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico. Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo indicato sulla certificazione medica.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Natante da diporto: ogni Unità da diporto a remi; ogni Unità da diporto di lunghezza dello scafo pari od inferiore a 10 metri misurata secondo gli opportuni standard armonizzati (ISO 8666).

Nucleo Familiare: le persone risultanti dal certificato di stato di famiglia del Contraente/Assicurato (alla data del sinistro).

Periodo Assicurativo - Annualità assicurativa: In caso di contratto di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla sca-

denza del contratto stesso.

In caso di contratto di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto del contratto e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: tutti i documenti che costituiscono l'Assicurazione.

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

Preziosi: gioielli, oggetti d'oro o platino, pietre preziose e perle naturali o di coltura comprese le relative montature.

Primo Rischio Assoluto: forma di assicurazione in base alla quale l'indennizzo viene corrisposto sino a concorrenza della Somma assicurata senza applicazione della Regola proporzionale prevista dall'articolo 1907 del Codice Civile, qualunque sia al momento del sinistro il valore complessivo dei beni assicurati

Rapina: impossessamento della cosa mobile altrui mediante violenza o minaccia alla persona

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scheda di polizza: documento che prova l'Assicurazione.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concen-

trate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato - anche volontariamente - che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

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

Scippo: sottrazione della cosa mobile altrui strappando la cosa stessa di mano o di dosso alla persona che la detiene

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A..

Somma assicurata: è la somma indicata nella Scheda di polizza che, per ogni garanzia, rappresenta il limite massimo di Indennizzo in caso di Sinistro.

Stato Comatoso: stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria ed alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa abbia diretta origine da un Infortunio derivante dalla circolazione.

Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistenze e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

Stato Comatoso Irreversibile: Stato Comatoso che si è protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi.

Struttura Organizzativa/Centrale Operativa: è la struttura attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno di UniSalute, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla garanzia Assistenza e Rimborso spese mediche da Infortunio.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene

ne. 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".

Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute:

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

UniSalute: la Compagnia di assicurazione UniSalute S.p.A, con sede in Via Larga, 8 -

40138 Bologna, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri "Rimborso spese mediche da Infortunio" e "Assistenza".

Unità da diporto: ogni costruzione di qualunque tipo e con qualunque mezzo di propulsione, destinata alla navigazione da diporto.

Valore a nuovo: tipo di garanzia in base alla quale il valore delle Cose assicurate è determinato stimando le spese necessarie per ricostruirle o rimpiazzarle con altre nuove, uguali o equivalenti per uso, qualità, caratteristiche e funzionalità.

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

Ed. 15/03/2015

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



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
IL GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 1.2 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 - Decorrenza della garanzia

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

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

Art. 1.4 - Proroga del contratto, Periodo Assicurativo e sconto per poliennalità

Qualora il contratto venga stipulato con tacito rinnovo in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni

prima della scadenza dell'Assicurazione, con lettera raccomandata oppure a mezzo telefax, il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente.

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

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

Art. 1.5 - Pagamento del Premio

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.7 - Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D.

(operante se indicato nella Scheda di polizza il frazionamento mensile)

La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

1. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit

- 1.1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
- 1.2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
- 1.3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
- 1.4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale

messaggio sarà inviato dalla Società:
- mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

2. Mancato addebito del pagamento di Premi

- 2.1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
- 2.2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto 1.4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/AAAA della pol xxx/ xxxxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UnipolSai Ass.ni».

3. Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

- 3.1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
- 3.2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..
- 3.3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità

indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/ sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».

3.4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».

3.5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D.

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Art. 1.8 Adeguamento delle Somme assicurate e dei relativi Premi

Salvo il caso in cui nella Scheda di polizza sia pattuita la rinuncia all'Adeguamento automatico le Somme assicurate, i limiti di Indennizzo e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale.

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

Art. 1.9 - Aggravamento del Rischio

Non sono previste ipotesi di aggravamento del Rischio.

Art. 1.10 – Diminuzione del Rischio

Non sono previste ipotesi di diminuzione del Rischio.

Art. 1.11 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.12 - Recesso in caso di Sinistro

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

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

- dopo 30 giorni dalla data di invio quale risultante dal timbro postale se spedita dalla Società;
- dalla data del timbro postale o del rapporto telefax se inviata dal Contraente.

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

L'eventuale incasso di Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro e il rilascio della relativa quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.13 - Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'Indennizzo dovuto, la Società provvede entro 30 giorni al pagamento, a condizione che non sia stata fatta opposizione o non si evidenzino casi previsti dalle

esclusioni del contratto.

Art. 1.14 – Pattuizione della non rinnovabilità del contratto

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

Art. 1.15 – Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.16 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Non sono assicurabili dal presente contratto:

- le persone, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, affette da alcolismo cronico, AIDS conclamato e sindromi collegate, tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato, al manifestarsi di una delle suddette affezioni, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti dopo tale circostanza, Premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 1.17 - Alienazione, Furto o demolizione di veicolo / natante identificato nel contratto

In caso di contratto stipulato in relazione a un veicolo / natante identificato (cd. Scelta Veicolo), qualora il mezzo venga alienato e sostituito con un altro il Contraente ne dà comunicazione alla Società, chiedendo la sostituzione del medesimo nel contratto. La Società si riserva di accettare tale richiesta; una volta accolta la richiesta, la sostituzione ha efficacia dal giorno di invio della comunicazione alla Società da parte del Contraente.

L'alienazione non seguita da sostituzione del veicolo / natante (o la mancata accettazione di quest'ultima da parte della Società), il Fur-

to o la demolizione dello stesso comportano la cessazione delle garanzie ad esso relative dal giorno successivo all'invio della comunicazione dei suddetti eventi alla Società da parte del Contraente, con rimborso in favore di quest'ultimo della quota di Premio non goduto al netto degli oneri fiscali.

Qualora nel contratto siano presenti altri veicoli / Natanti identificati, la Società modifica inoltre in coerenza a quanto sopra il Premio complessivo alla prima scadenza annuale successiva.

Le suddette comunicazioni dovranno essere accompagnate da documentazione idonea ad attestare quanto dichiarato dal Contraente.

Art. 1.18 – Altre Assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare alla Società l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicando le somme assicurate.

Nei contratti stipulati ove si identificano uno o più veicoli, la comunicazione deve essere effettuata solo dal Contraente. L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

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

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

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicura-

to, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 1.19 - Rinvio alle norme di legge

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

2. Sezione INFORTUNI

Art. 2.1 – Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle garanzie e delle Somme Assicurate indicate nella Scheda di polizza, gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione.

L'Assicurazione è operante in base alla Scelta effettuata dal Contraente ed indicata nella Scheda di polizza:

- **Scelta Persona:** L'Assicurazione è prestata a favore delle persone identificate nella Scheda di polizza;
- **Scelta Famiglia:** L'Assicurazione è prestata a favore del Contraente e delle persone appartenenti al suo Nucleo familiare che al momento del Sinistro risultino da certificato di stato di famiglia, nonché delle persone che possono essere incluse o escluse nella garanzia, specificatamente indicate nella Scheda di polizza.
- **Scelta Veicolo:** L'Assicurazione è prestata a favore di qualsiasi conducente del veicolo o natante identificato nella Scheda di polizza.

In base alla Scelta effettuata la Società si obbliga ad indennizzare gli Infortuni che l'Assicurato subisca in conseguenza della circolazione in qualità di:

Scelta Persona e Scelta Famiglia:

a) conducente di:

- autovetture;
- autoveicoli per trasporto promiscuo;
- autocarri di massa fino a 3500 kg.;
- camper (autocaravan);
- velocipedi;
- motoveicoli,
- ciclomotori;
- Natante da diporto.

b) passeggero trasportato da:

- autoveicoli;
- camper (autocaravan);
- velocipede dotato di idonea omologa-

zione e attrezzatura per il trasporto delle persone a norma di legge;

- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto;
- mezzi di trasporto pubblici o privati (terrestri, marittimi, lacustri e fluviali);
- Aeromobili (con esclusione di alianti, motorialianti, aerostati e dirigibili) durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento da chiunque eserciti, tranne che da aeroclub e con esclusione dei voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri.

c) pedone, investito da qualsiasi veicolo.

L'Assicurazione comprende, inoltre, gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- in occasione della salita o della discesa da uno dei mezzi di trasporto sopra precisati;
- durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo, fermo in avaria, da lui condotto o sul quale era trasportato.

Scelta Veicolo:

a) Conducente di:

- autovetture;
- autoveicoli per trasporto promiscuo;
- autocarri di massa fino a 3500 kg;
- camper (autocaravan);
- motoveicoli;
- ciclomotori;
- Natante da diporto;
- macchine agricole, macchine operatrici, trattori stradali (esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all' Art. 2.6.1 "Forma a Combinazioni");
- autocarri di massa oltre 3500 kg. (esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all' Art. 2.6.1 "Forma a Combinazioni");
- autotreni, autoarticolati (esclusi per la Forma a Combinazioni di cui all' Art. 2.6.1 "Forma a Combinazioni").

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

- in occasione della salita o della discesa dal veicolo da lui condotto;
- durante lo svolgimento delle operazioni necessarie per la ripresa della marcia del veicolo, fermo in avaria, da lui condotto.

Nell'ambito dell'operatività delle garanzie previste dalla Scelta effettuata sono comprese in copertura anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture del tendine d'Achille secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.5.2 "Rotture del tendine d'Achille" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, e le lesioni determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto;
- h) le ernie addominali traumatiche da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia, secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.5.1 "Ernie addominali traumatiche da Sforzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri;
- i) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- j) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato.

Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dal successivo Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero".

Art. 2.2 - Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari

Sono altresì indennizzabili gli Infortuni Circo-

lazione derivanti dai seguenti Rischi:

A) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa agli Infortuni derivanti da atti di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di S. Marino, dello Stato della Città del Vaticano per un periodo massimo di 14 giorni dall' insorgere di tali eventi se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello stato estero.

B) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente, salvo il caso di legittima difesa.

C) Rischio eventi naturali catastrofici

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice civile, le garanzie, limitatamente ai soli casi Morte e Invalidità Permanente, sono operanti anche per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% dei rispettivi capitali assicurati e secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 5.5.3 "Eventi naturali catastrofici" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di: autobus e autosnodati, taxi e/o veicoli a noleggio di piazza;
- b) guida e utilizzo di: moto d'acqua, motoslitte, gatto delle nevi, quad (intendendosi per tali i motoveicoli a quattro ruote di massa a vuoto fino a 550 Kg), mezzi militari, vei-

- coli utilizzati per il servizio di ordine pubblico/emergenza/soccorso, targhe prova;
- c) guida e utilizzo di: limitatamente alla Scelta Persona e alla Scelta Famiglia, macchine agricole, macchine operatrici, trattori stradali, autocarri di massa oltre 3500 kg., autotreni, autoarticolati;
 - d) guida di qualsiasi veicolo o natante se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente in conseguenza del Sinistro;
 - e) partecipazione, con qualsiasi veicolo o natante, a competizioni e alle relative prove da chiunque organizzate tranne le Gare di regolarità pura;
 - f) guida di veicoli in circuiti anche in assenza di competizione, tranne i corsi di guida sicura;
 - g) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
 - h) Ebbrezza alcolica, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni, infarto o patologie preesistenti, limitatamente all'Assicurato che ha determinato e subito l'Infortunio in tali stati;
 - i) guerra o insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente Art. 2.2 "Estensione dell'Assicurazione: Rischi particolari" lettera A) "Rischio guerra, insurrezioni all'estero";
 - j) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
 - k) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche, non rese necessarie da Infortunio indennizzabile;
 - l) azioni o comportamenti dell'Assicurato direttamente collegati alle seguenti patologie: sindromi organiche cerebrali, epilessia, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Art. 2.4 - Garanzie prestate (Operanti solo se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

Art. 2.4.1 - Garanzie Base A) Morte

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

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

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

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

A.1) Supervalutazione futuro protetto

Qualora in conseguenza di un medesimo evento si verifichi la morte dell'Assicurato unitamente a quella del rispettivo coniuge o convivente more uxorio, anche non assicurato nel presente contratto, le quote di indennità spettanti a termini di contratto ai figli minori o portatori di handicap dell'Assicurato verranno raddoppiate restando però inteso che il maggiore esborso della Società non potrà comunque superare l'importo complessivo di € 200.000,00 qualunque sia il numero dei beneficiari minorenni o portatori di handicap.

A.2) Stato Comatoso Irreversibile

In caso di Infortunio da circolazione che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri

indicati all' Art. 5.3.2 "Liquidazione indennizzo Morte per Stato Comatoso irreversibile".

B) Invalidità Permanente

La garanzia riguarda l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri indicati all' Art. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

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

Art. 2.4.2 - Garanzie Supplementari (Opzionali) C) Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio avvenuto durante il periodo di validità del contratto, la Società assicura secondo le modalità e i limiti indicati al punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni", il rimborso delle spese di cura rese necessarie dall' Infortunio e sostenute non oltre due anni dallo stesso, purché in vigore di contratto, per:

- gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari per visite con medici generici e/o specialisti nonché in caso di Intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento;
- i medicinali, i trattamenti fisioterapici rieducativi, le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), entro il limite del 50% della Somma assicurata;
- gli interventi di chirurgia plastica ed estetica e le cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio, entro il limite del 50% della Somma assicurata;
- le rette di degenza;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per agevolare il processo di guarigione;

- il rimborso delle spese per le protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e sempreché la protesi sia applicata entro e non oltre due anni dalla data del Sinistro. Resta comunque inteso che rimane sempre escluso il rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le paradontopatie;
- il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura, entro il limite del 50% della Somma assicurata.

C.1) Modalità di erogazione delle prestazioni

Per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture, ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

Nel caso di ricorso a strutture convenzionate UniSalute provvede al pagamento diretto delle spese nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Scheda di polizza maggiorata di € 1.000,00 e senza applicazione di alcuna Franchigia.

Per le prestazioni di cui all'Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" relativamente alle sole cure termali, medicinali, acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori, nonché per il trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di cura, non è operante il servizio di convenzionamento con UniSalute.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Nel caso di ricorso a strutture non conven-

zionate con UniSalute l'Assicurato potrà scegliere una struttura sanitaria privata o pubblica di propria scelta, sostenere l'esborso anticipato delle spese relative e richiedere successivamente il rimborso ad UniSalute nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla Somma assicurata indicata in Scheda di polizza e con l'applicazione della Franchigia di € 50,00 per ogni Infortunio.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc...), UniSalute rimborserà i ticket nonché le spese sanitarie rimaste a carico dell'Assicurato fino alla concorrenza della Somma assicurata annua prevista in caso di ricorso a strutture convenzionate con UniSalute e senza applicazione di Franchigie.

Nel corso dell'annualità assicurativa, la Somma assicurata indicata in Scheda di polizza deve intendersi unica per le prestazioni indicate alle lettere a), b) e c); l'Assicurato pertanto potrà usufruire della maggiorazione di indennizzo di cui alla lettera a) pari a € 1.000,00 presso le strutture convenzionate con UniSalute, solo dopo aver esaurito la Somma assicurata indicata in Scheda di polizza.

D) Diarie da Infortunio

D.1) Indennità per Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day Hospital, reso necessario da Infortunio, la Società a guarigione clinica ultimata, corrisponderà:

- l'indennità giornaliera indicata in Scheda di polizza per ogni giorno di degenza;
- il 50% dell'Indennità prevista in Scheda di polizza per ogni giorno di degenza in caso di Day Hospital.

L'indennità verrà corrisposta per la durata

massima di 365 giorni per ogni Infortunio.

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

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

D.2) Indennità per Ricovero e Convalescenza

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

D.3) Indennità per Immobilizzazione

In caso di Infortunio che ha determinato una Immobilizzazione, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in Scheda di polizza.

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

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

La liquidazione dell'Indennità per Immobilizzazione verrà riconosciuta per ogni giorno di Immobilizzazione sino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque per un pe-

riodo massimo di 60 giorni per Infortunio.

Art. 2.5 – Garanzie Supplementari (sempre operanti)

Art. 2.5.1 - Stato Comatoso

La Società, secondo i criteri indicati all'Art. 5.8 "Liquidazione indennizzo forfettario per Stato Comatoso", corrisponde l'Indennizzo forfettario pari ad € 10.000,00 per l'Infortunio da circolazione che abbia comportato uno Stato Comatoso dell'Assicurato.

L'Indennizzo viene corrisposto qualora lo Stato

Comatoso sia insorto entro e non oltre 5 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio e permanga trascorsi 5 giorni dalla data di insorgenza così come certificato dalla autorità medico-ospedaliera competente.

Si conviene che la giornata di insorgenza e di termine dello Stato Comatoso sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora dell'insorgenza e del termine dello stato patologico. Nel caso in cui l'Assicurato si risvegli dallo Stato di coma la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte a titolo di Indennizzo.

Art. 2.6 - Forma assicurativa

Art. 2.6.1 Forma a Combinazioni

Con riferimento ad ogni singola Scelta, Persona – Famiglia – Veicolo, la copertura assicurativa è prestata per le garanzie e le Somme assicurate previste dalla combinazione scelta dal Contraente ed indicata nella Scheda di polizza.

COMBINAZIONI (importi in €)								
	1	2	3	4	5	6	7	8
Morte	30.000	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	100.000	150.000
IP	50.000	50.000	75.000	75.000	100.000	100.000	100.000	250.000
RSM	-	-	-	2.500	-	2.500	-	5.000
Diarie	-	-	-	Ricovero e Convalescenza: 40 Immobilizzazione: 20	-	Ricovero e Convalescenza: 40 Immobilizzazione: 20	-	Ricovero e Convalescenza: 80 Immobilizzazione: 40
Stato Comatoso	Sempre operante							
Assistenza	Sempre operante							

Se è operante la Scelta Persona o la Scelta Veicolo le Somme assicurate previste dalla Combinazione prescelta valgono per ogni persona assicurata.

Se è operante la Scelta Famiglia le Somme assicurate previste dalla Combinazione prescelta e indicate nella Scheda di polizza si intendono così attribuite:

- Al Contraente viene sempre garantito il 100% delle somme indicate nella Combinazione prescelta;
- Ad ogni altro singolo componente il nucleo familiare, indipendentemente dal numero

effettivo dei componenti medesimi, viene garantito il 50% delle somme indicate nella Combinazione prescelta.

Viene inoltre stabilito quanto segue:

per gli Assicurati di età inferiore ai 18 anni, al momento del Sinistro, la Somma assicurata per il caso morte si intende ridotta del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata, mentre la Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente si intende aumentata del 50% rispetto a quella garantita per ogni persona assicurata.

Qualora nel medesimo evento fossero coinvol-

te più persone assicurate viene stabilito quanto segue:

- al Contraente viene sempre garantito il 100% delle somme indicate nella Combinazione prescelta;
- se oltre al Contraente è coinvolto un solo altro assicurato, a quest'ultimo viene garantito il 50% delle somme assicurate indicate nella Combinazione prescelta
- in caso di due o più assicurati coinvolti nell'evento le somme indicate nella Combinazione prescelta sono da suddividere proporzionalmente in base al numero dei componenti medesimi escluso il Contraente.

Art. 2.6.2 Forma Libera

In alternativa alla Forma a Combinazioni e per ogni Scelta, Persona – Famiglia – Veicolo, la copertura assicurativa può essere personalizzata con garanzie e Somme assicurate a libera scelta, ferma la garanzia Assistenza sempre obbligatoriamente abbinata.

Se è operante la Scelta Famiglia le Somme assicurate prescelte e indicate nella Scheda di polizza sono attribuite con i medesimi criteri di cui all'Art. 2.6.1 "Forma a Combinazioni".

Art. 2.7 - Condizioni specifiche

(Valide per la sola Forma Libera e per ogni Scelta, Persona – Famiglia – Veicolo, se espressamente indicate nella Scheda di polizza)

A) Adozione della Tabella INAIL

A parziale deroga di quanto disposto all'Art. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" l'Invalidità Permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato 1, parte I (tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente per Industria) al Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione

ne obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia prevista dalla legge medesima.

B) Invalidità Permanente con Franchigia 3%

L'Art. 5.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo" delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri si intende annullato e così sostituito:

l'indennità per l'Invalidità Permanente accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente" o dalla Tabella Inail, se operante, verrà corrisposta in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo il seguente criterio:

- non si farà luogo ad Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa risulti di grado non superiore al 3% della totale;
- se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Qualora l'invalidità Permanente accertata risulti:

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

C) Supervalutazione Invalidità Permanente

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

Grado di Invalidità Permanente accertato	Maggiorazione dell'Indennizzo
Dall' 1% al 10%	10%
Dal 11% al 25%	20%
Dal 26% al 50%	30%
Dal 51% al 100%	50%

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e Scoperti
Morte	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	-
Stato comatoso irreversibile	Somma Assicurata per Morte	-
Invalità Permanente	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza	-
Rischio eventi naturali catastrofici	Indennizzo pari al 50% dei capitali assicurati per Morte e Invalità Permanente	Franchigia 10% Nessuna Franchigia per Invalità Permanente accertata superiore al 50%
Rimborso spese mediche	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza <ul style="list-style-type: none"> • medicinali, trattamenti fisioterapici rieducativi, cure termali: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico provocato dall' Infortunio: entro il limite del 50% della Somma assicurata; • trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il limite del 50% della Somma assicurata 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna Franchigia in caso di utilizzo di strutture convenzionate con UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, oppure di altre forme di assistenza sanitaria. • Franchigia assoluta di € 50,00 per ogni Infortunio in caso di prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.
Indennità per Ricovero e Convalescenza	INDENNITÀ PER RICOVERO Somme Assicurate indicate in Scheda di polizza In caso di Day Hospital, 50% dell'indennità indicata in Scheda di polizza Massimo 365 giorni per ogni Infortunio. In caso di Ricovero all'estero, indennità giornaliera maggiorata del 50% INDENNITÀ PER RICOVERO E CONVALESCENZA In aggiunta a quanto previsto per il Ricovero, indennità di importo e durata pari a quella del Ricovero o Day Hospital, purchè la degenza sia stata di almeno 2 giorni consecutivi Massimo 90 giorni per ogni Infortunio	-
Indennità per Immobilizzazione	Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza. Massimo 60 giorni per ogni Infortunio	-
Indennizzo Forfettario per Stato Comatoso	Euro 10.000,00	-
Scelta Famiglia	Somme assicurate <ul style="list-style-type: none"> • Al Contraente sempre il 100% delle somme indicate nella Combinazione prescelta; • Ad ogni altro componente il nucleo familiare sempre il 50% delle somme indicate nella Combinazione prescelta. Per i minori la Somma assicurata per il caso Morte è ridotta del 50% mentre quella per Invalità Permanente si intende maggiorata del 50%	-

3. Sezione SALVACIRCOLAZIONE (Sezione operante solo se indicata in Scheda di polizza)

Art. 3.1 Garanzia base

Oggetto dell'Assicurazione

La Società indennizza i danni materiali e diretti, avvenuti in tutto il mondo, causati all'Assicurato dalla sottrazione degli Effetti Personali portati con sé per Furto, Furto con destrezza, Scippo o Rapina che siano avvenuti in conseguenza di un Infortunio da circolazione che abbia comportato:

- l'intervento del Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza (118) o, se avvenuti all'estero, da omologo servizio di intervento, per fornire assistenza all'Assicurato infortunato

oppure

- l'intervento di organi preposti per legge all'espletamento dei servizi di polizia stradale dai cui verbali risulta esplicitamente indicato il ricorso dell'Assicurato infortunato al pronto soccorso.

La Somma assicurata indicata in Scheda di polizza per ciascun Assicurato/veicolo rappresenta il limite massimo di Indennizzo per Annualità assicurativa indipendentemente dal numero dei Sinistri e nell'ambito di tale limite la Società rimborsa anche, fino alla concorrenza del 30% della Somma assicurata, le spese documentate e sostenute in seguito alla sottrazione di chiavi e/o documenti personali, avvenuta nelle medesime circostanze sopra indicate, per:

- la sostituzione delle serrature della dimora abituale con altre dello stesso tipo;

- la duplicazione o il rifacimento dei documenti personali dell'Assicurato.

Se operante la Scelta Famiglia la Somma Assicurata indicata in Scheda di polizza viene attribuita a ciascun Assicurato con i medesimi criteri di cui all'Art. 2.6.1 "Forma a Combinazioni".

Art. 3.2 - Esclusioni

Sono esclusi i danni:

- a) indiretti, che non riguardino la materialità delle Cose assicurate;
- b) relativi a oggetti portati con sé dall'Assicurato per lo svolgimento di attività professionali;
- c) relativi ad apparecchiature audiovisive stabilmente fissate sul veicolo;
- d) relativi a oggetti, titoli di credito, documenti di pegno non di proprietà delle persone assicurate e denaro contante in ogni caso;
- e) relativi alla perdita di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori, velocipedi, natanti;
- f) verificatisi in conseguenza di tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio;
- g) verificatisi in conseguenza di atti di guerra o insurrezione;
- h) verificatisi in conseguenza di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- i) commessi od agevolati con dolo o colpa grave dell'Assicurato o dei suoi familiari conviventi.

4. Sezione ASSISTENZA

Art. 4.1 – Garanzia Base

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

Art. 4.2 – Prestazioni

I seguenti servizi vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, contattabile secondo le modalità riportate all'Art. 5.16 "Modalità di richiesta di assistenza e denuncia del sinistro":

Prestazioni erogate in Italia e all'estero

1) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

2) Pareri medici immediati

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

3) Invio di un medico

Qualora in conseguenza di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà a inviare a

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

4) Rientro sanitario con autoambulanza

Qualora l'Assicurato, successivamente al ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Società, previo giudizio del medico della Centrale operativa, provvederà a inviarla tenendo a proprio carico la spesa relativa sino a un limite di Km 300 e di € 300,00 per Sinistro e per Assicurato.

5) Invio di un infermiere a domicilio

Nei casi di ricoveri determinati da:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

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

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

6) Invio di un fisioterapista a domicilio

Nei casi di Ricoveri determinati da:

- frattura del femore
- fratture vertebrali

- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meningee
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e conseguente Immobilizzazione certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura, che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche, la Società provvederà, nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso, a inviare un fisioterapista convenzionato, assumendone l'onorario fino a un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.

7) Consulenza psicologica-psicoterapica

a) Incidente stradale con decesso

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale deceda una persona, la Centrale Operativa provvederà a inviare, a proprie spese, presso la sua abitazione (oppure presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato) uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia, affinché questi possa valutare le sue condizioni psichiche ed eventualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico.

In seguito al primo colloquio, se il professionista convenzionato ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico (terapia del lutto), presso lo studio di uno psicoterapeuta convenzionato con la Società.

Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre sei mesi dalla data di inizio del trattamento stesso e i relativi costi saranno interamente a carico della Società.

La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio.

Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico nei giorni immediatamente successivi all'incidente, potrà richiederne l'attivazione entro un periodo di tre mesi dalla data dell'incidente.

b) Incidente stradale con "danno grave" all'Assicurato

Qualora l'Assicurato resti coinvolto in un incidente stradale nel quale riporti lesioni fisiche gravi (vedi elenco punto b.1), la Centrale Operativa provvederà ad inviare, a proprie spese, presso la sua abitazione o presso la struttura sanitaria dove si trova ricoverato, uno tra gli psicoterapeuti convenzionati, specializzati in psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Il professionista convenzionato valuterà le condizioni psichiche dell'Assicurato ed eventualmente anche quelle dei suoi familiari e l'opportunità di dare loro un sostegno psicologico.

In seguito al primo colloquio, se il professionista ne accerta la necessità, la garanzia potrà proseguire con una visita psichiatrica e/o con l'inizio del trattamento del disturbo post traumatico presso lo studio di uno psicologo o di psicoterapeuta convenzionato con la Società. Il trattamento proseguirà fino alla risoluzione del disturbo e comunque non oltre dodici mesi dalla data di inizio del trattamento stesso, sia per la persona che ha riportato le lesioni fisiche sopra citate, che per gli eventuali suoi familiari assicurati. I costi relativi al trattamento saranno interamente a carico della Società. La decisione di procedere ad un eventuale trattamento o ad una visita psichiatrica è assunta dallo psicoterapeuta che ha effettuato il primo colloquio.

Qualora l'Assicurato non ritenga necessario nessun trattamento psicoterapico

nei giorni immediatamente successivi all'evento, la garanzia resterà comunque attiva per un periodo di tre mesi dalla data dell'evento.

b.1) Elenco Lesioni fisiche gravi, permanenti irreparabili

AMPUTAZIONI:

degli arti o di parti di essi, tranne le singole dita, comunque con perdita totale della funzione. La perdita grave della funzione dell'arto o l'anchilosi, è assimilabile all'amputazione.

APPARATO GENITALE:

perdita traumatica di organo o parte di organo, sia nell'uomo che nella donna, specie se ciò comporta la perdita della capacità di procreare. Aborto post-traumatico.

CICATRICI:

cutanee gravemente deturpanti al volto o non al volto.

ESITI DI FRATTURE VERTEBRALI MIELICHE:

con conseguente grave deficit neurologico. Assimilabili i deficit neurologici e quindi funzionali, conseguenti a lesioni dei nervi, anche non di origine vertebrale o non conseguenti a fratture

ESITI DI GRAVE POLITRAUMA:

lesioni multiple che, nel loro insieme, determinano uno stato di grave invalidità con conseguenze sull'autosufficienza e stile di vita.

ESITI DI TRAUMA CRANICO:

gravi esiti neurologici di trauma cranico, con conseguente perdita permanente dell'autonomia. In caso di perdita o considerevole riduzione delle funzioni intellettive, il supporto psicologico si intende indirizzato ai soli familiari.

LESIONI DEGLI ORGANI INTERNI:

ad esempio milza, reni, fegato, con necessità di trattamento chirurgico di asportazione o grave compromissione della funzione.

PERDITA DI VISTA O UDITO:

totale perdita dell'udito o della vista o perdita parziale della vista (> 7/10 del visus).

Prestazioni erogate in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano

8) Invio baby-sitter

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

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

9) Invio badante

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

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

Art. 4.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- 1) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- 2) eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- 3) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 4) dolo dell'Assicurato.

5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme per la Sezione INFORTUNI

Art. 5.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società o all'agenzia a cui è assegnato il contratto, entro 10 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o - in caso di impedimento per le conseguenze riportate - dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto disposto dall'articolo 1915 del Codice Civile. Relativamente alle garanzie Infortuni sotto riportate, valgono le seguenti disposizioni:

- **Diarie per solo Ricovero o per Ricovero e Convalescenza:** la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa la durata

del ricovero o del Day Hospital, deve essere presentata alla Società entro il centoventesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

- **Diaria per Immobilizzazione:** la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione, deve essere presentata alla Società entro il centoventesimo giorno successivo a quello in cui è stato rimosso il mezzo di contenzione.

Art. 5.2 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

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

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

Art. 5.3 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza del-

l'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore.

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

- Il certificato di Morte;
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- Il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- Il certificato autoptico;
- Il certificato di non gravidanza della coniuge superstita.

Art. 5.3.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte.

Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli articoli 726 e 727 del Codice di procedura civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione). Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente residua.

Art. 5.3.2 - Liquidazione indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile

La Somma assicurata per il caso di Morte viene liquidata anche nel caso in cui lo Stato Comatoso divenga irreversibile in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la ulteriore denuncia del Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dalla autorità medico - ospedaliera competente.

Una volta corrisposto l'Indennizzo ai Beneficiari designati o in loro mancanza al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro, l'Assicurazione cessa in ogni caso nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro, salvo quanto previsto successivamente.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo:

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'indennizzo spettante per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, qualora dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia Morte; in caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte;
- rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Si precisa che la Garanzia Base di cui all'Art. 2.4.1 lettera A1) "Supervalutazione futuro protetto", non è applicabile ai casi di Stato Comatoso Irreversibile.

Art. 5.4 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente

La valutazione dell'Invalidità Permanente da

Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella sottostante TABELLA DI VALUTAZIONE e con i seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente, tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

TABELLA DI VALUTAZIONE

Arto/Organo	% di Invalità Permanente in caso di perdita totale anatomica o funzionale	
Un arto superiore	70%	
Una mano o avambraccio	60%	
Un pollice	18%	
Un indice	14%	
Un medio	8%	
Un anulare	8%	
Un mignolo	12%	
Una falange del pollice	9%	
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Un piede	40%	
Entrambi i piedi	100%	
Un alluce	5%	
Un altro dito del piede	1%	
Una falange dell'alluce	2,5%	
Un arto inferiore al disopra del ginocchio	60%	
Esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile	2%	
Un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
Un occhio	25%	
Entrambi gli occhi	100%	
Un rene	15%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Perdita totale della voce	30%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	una vertebra cervicale	12%
	una vertebra dorsale	5%
	12° dorsale	10%
	una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo.	1%	
Esiti di rottura del menisco laterale indipendentemente dal trattamento attuabile	3%	
Instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore	9%	

Art. 5.5 - Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene corrisposto in base alla TABELLA DI INDENNIZZO sotto riportata, applicando alla Somma assicurata per

Invalidità Permanente totale la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertato secondo i criteri indicati dal precedente Art. 5.4 "Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente".

TABELLA DI INDENNIZZO condizioni base

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

Art. 5.5.1- Ernie addominali traumatiche da Sforzo

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

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

In caso di contestazioni circa l'operabilità e la natura dell'ernia la decisione può essere rimessa al collegio medico come previsto al successivo Art. 5.11 "Arbitrato irrituale".

Art. 5.5.2 - Rotture del tendine d'Achille

In caso di rottura del tendine d'Achille la Tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 5.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo", deve intendersi non operante.

La Società riconoscerà, indipendentemente dal grado residuo, un Indennizzo forfettario pari al 2% della Somma Assicurata per la garanzia Invalidità Permanente, con il massimo di € 1.000,00.

Art. 5.5.3 - Eventi naturali catastrofici

La tabella di Indennizzo riportata al precedente Art. 5.5 "Invalidità Permanente – Criteri di Indennizzo" deve intendersi non operante per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

L'Indennizzo verrà corrisposto in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato con deduzione di una Franchigia assoluta del 10%. Per Invalidità Permanente accertata superiore al 50% la Società liquida l'indennità senza deduzione di Franchigie.

Art. 5.6 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società ha affidato la gestione, trattazione

e liquidazione dei sinistri relativi alla garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio a UniSalute S.p.A. (di seguito "UniSalute").

Art. 5.6.1 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all'estero, specificando la prestazione richiesta.

La Centrale Operativa, dopo la valutazione della richiesta, si attiverà con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunicherà all'Assistito gli estremi dell'appuntamento.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi Artt. 5.6.2 "Prestazioni effettuate in strutture convenzionate con UniSalute"; 5.6.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati" o 5.6.4 "Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'Art. 5.6.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati" e all'Art. 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute".

Art. 5.6.2 - Prestazioni effettuate in strutture convenzionate con UniSalute

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione del

la prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della patologia e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionati/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie previste nel contratto.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie del contratto, eccedenti la Somma assicurata o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una prestazione durante il Ricovero o extraricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art. 5.6.3 "Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati" e all'Art 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" punto C.1) "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute".

Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Art. 5.6.3 - Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute,

l'Assicurato deve inviare direttamente a "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO":

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

Qualora l'Assicurato abbia presentato, ad altre compagnie assicurative, richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui all'Art 2.4.2 "Garanzie Supplementari Opzionali" punto C.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute" al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 5.6.4 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti Artt. 5.6.2 "Prestazioni effettuate in strutture conven-

zionate con UniSalute” o 5.6.3 “Prestazioni effettuate in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati”.

Art. 5.6.5 - Gestione documenti di spesa

a) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate da UniSalute effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 5.6.6 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di Cura convenzionato o non, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di Cura o rimborsate al Cliente stesso.

Art. 5.7 - Criteri di Indennizzo delle Garanzie Diarie da Infortunio

Per l'Indennizzo delle prestazioni garantite dalle garanzie Diarie da Infortunio di cui all'Art. 2.4.2 “Garanzie Supplementari Opzionali”, valgono le norme previste nella singola sezioni di garanzia.

Art. 5.8 - Liquidazione indennizzo forfettario per Stato Comatoso

La Società corrisponde l'Indennizzo forfettario previsto previa ricezione di idonea documentazione medica rilasciata dalla competente autorità medico-ospedaliera, attestante lo Stato Comatoso insorto successivamente all'Infortunio.

L'Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato, ove possibile, o, in caso contrario, ai Beneficiari designati o in loro mancanza al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo, rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 5.9 - Anticipo Indennizzo

A) Invalidità Permanente

Trascorsi 120 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 50.000 da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- 2) risultati prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Invalidità Permanente superiore al 5%.

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

B) Indennità per Ricovero e per Ricovero e Convalescenza

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero

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

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

Art. 5.10 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 5.11 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente di Polizza.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali. In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono es-

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

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

Norme per la Sezione SALVACIRCOLAZIONE

Art. 5.12 – Obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato deve:

- comunicare per iscritto all'agenzia alla quale è assegnato il Contratto o alla Direzione della Società la data ora e luogo dell'evento, la causa presumibile che lo ha determinato, le sue conseguenze immediatamente note, le modalità di accadimento e l'importo approssimativo del danno, entro 10 giorni dalla data dell'avvenimento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

Inoltre, l'Assicurato deve fare denuncia del Sinistro alle Autorità competenti e trasmettere copia all'agenzia o alla Direzione della Società. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 5.13 – Esagerazione dolosa del danno

L'Assicurato che dolosamente esagera l'ammontare del danno dichiarando rubate Cose che non esistevano al momento del Sinistro, che occulta, sottrae o manomette Cose non rubate, che adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, che altera le tracce o gli indizi materiali del reato ed i residui del Sinistro, perde il diritto all'Indennizzo.

Art. 5.14 – Criterio di valutazione del danno

Premesso che l'Assicurazione è stipulata nella forma a Primo Rischio Assoluto e il tipo di garanzia è Valore a nuovo, l'ammontare del danno liquidabile viene così determinato:

- il danno liquidabile è pari al costo di rimpiazzo dei beni perduti con altri nuovi uguali o equivalenti per uso, qualità, caratteristiche e funzionalità, deducendo solo il valore dei recuperi; per i beni danneggiati, invece, il danno liquidabile è pari al costo di riparazione o, se economicamente conveniente, al costo di rimpiazzo determinato come sopra;

Viene, inoltre, stabilito quanto segue:

- posto che l'Assicurazione è prestata nella forma a Primo Rischio Assoluto, la Società risponde dei danni sino alla concorrenza della Somma assicurata senza applicazione della Regola proporzionale, qualunque sia al momento del Sinistro il valore complessivo dei beni assicurati;
- per ogni Sinistro, in ogni caso, la Società non riconoscerà somme superiori a quelle assicurate, salvo quanto previsto dall'articolo 1914 del Codice Civile per le spese di salvataggio e salvo quando sia diversamente pattuito nel contratto.

Art. 5.15 – Recupero delle Cose rubate

Se le Cose rubate vengono recuperate in tutto o in parte, l'Assicurato deve darne comunicazione alla Società appena avvenuta notizia. Le Cose recuperate divengono di proprietà della Società se il danno è stato indennizzato integralmente; se, invece, il danno è stato indennizzato solo in parte, il valore delle Cose recuperate sarà ripartito nella stessa proporzione tra l'Assicurato e la Società.

È facoltà dell'Assicurato trattenere i beni re-

cuperati rimborsando alla Società l'importo riscosso a titolo di indennizzo per i beni medesimi.

L'Assicurato ha il diritto di lasciare alla Società le Cose rubate che vengano ritrovate dopo **60 giorni** dalla data di avviso del Sinistro.

Norme per la Sezione ASSISTENZA

Art. 5.16 - Modalità di richiesta di assistenza e denuncia del sinistro

Per ogni richiesta di assistenza l'Assistito dovrà contattare immediatamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A., operativa 24 ore su 24, al numero verde 800 212477 in Italia e al numero +39 051 6389048 se all'estero, specificando:

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

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

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

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia.

In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente.

Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di Morte presunta

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

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace

ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell' infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell' anno in cui l'infortunio è avvenuto.

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

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

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

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

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

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la Somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da

farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i 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 del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese."

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

L'assicuratore può recedere dal contratto,

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

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

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

l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1907 - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripar-

tizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

Art. 1913 - Avviso all'assicurazione in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta 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. 2033 - Indebito oggettivo

Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in mala fede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare.

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio,

nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorsi due anni dall'avvenimento, viene dichiarata la Morte presunta a norma dell'articolo 60 n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubbli-

co ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 726 – Domanda per la dichiarazione di morte presunta

La domanda per la dichiarazione di morte presunta si propone con ricorso, nel quale debbono essere indicati il nome, cognome e domicilio dei presunti successori legittimi dello scomparso e, se esistono, del suo procuratore o rappresentante legale e di tutte

le altre persone, che, a notizia del ricorrente, perderebbero diritti o sarebbero gravate da obbligazioni per effetto della morte dello scomparso.

Art. 727 – Pubblicazione della domanda

Il Presidente del tribunale nomina un giudice a norma dell'articolo 723 e ordina che a cura del ricorrente la domanda, entro il termine che egli stesso fissa, sia inserita per estratto, due volte consecutive a distanza di dieci giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e in due giornali, con invito a chiunque abbia notizie dello scomparso di farle pervenire al tribunale entro sei mesi dall'ultima pubblicazione. Se tutte le inserzioni non vengano eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata. Il Presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

Ed. 15/03/2015

3

INFORMATIVA PRIVACY

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

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra So-

cietà per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it