



INFORTUNI



Alleghiamo i seguenti documenti:

- **Set informativo**
- **Informativa Privacy**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 - P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali con prestazioni di Assistenza, cui è abbinabile la copertura Tutela Legale. Fa parte della più ampia offerta denominata "UnipolSai UNICA" con la quale è possibile assicurare per sé e/o per conto dei componenti del Nucleo di contratto i rischi relativi alle aree Veicoli e Mobilità, Casa e Famiglia e Persona.



Che cosa è assicurato?

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

✓ **INFORTUNI:** conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività indicate nella Forma di copertura scelta. La copertura Infortuni scelta tra le forme "Tempo libero e Lavoro" o "Lavoro" o "Tempo libero" prevede in caso di Infortunio professionale e/o extraprofessionale la corresponsione di un Indennizzo sulla base delle seguenti ipotesi:

- Invalità Permanente da Infortunio: pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalità Permanente accertata distinguendo nella quantificazione -a seconda delle tabelle d'Indennizzo applicate- tra diversi scaglioni d'Invalità.
- Decesso da Infortunio: pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in caso di morte. Il medesimo Indennizzo è previsto in caso di Stato Comatoso Irreversibile.

✓ **ASSISTENZA PER INFORTUNIO:** prestazione di immediato aiuto quali l'invio di medici, di infermieri, di fisioterapisti, il rientro sanitario con autoambulanza e varie altre nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà. Viene inoltre offerta una serie di servizi (servizi SiSalute) relativi alla salute attraverso strumenti digitali (app di SiSalute) e un servizio di prenotazione di prestazioni sanitarie a tariffe agevolate per visite specialistiche e prestazioni di diagnostica e fisioterapia effettuate presso il network sanitario convenzionato.

In abbinamento a quanto sopra è acquistabile:

TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO: spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, necessari per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale nell'ambito dei casi previsti contrattualmente relativi alle lesioni fisiche, psichiche e/o morali.

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

INFORTUNI: Sostegno e Protezione/ Rimborso spese mediche /Diaria da ricovero /Diaria da Immobilizzazione / Inabilità temporanea /Diaria da Ricovero prolungato da Infortunio.

Condizioni Specifiche [a pagamento]:

INFORTUNI: Tabella di valutazione INAIL /Modifica franchigia Invalità Permanente (Invalità Permanente con Franchigia 3%, Invalità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%, Invalità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus) / Tabella di liquidazione SUPER / Invalità Permanente da Danno Estetico/ Supervalutazione specifica per parti anatomiche / Sport ad alto rischio/ Sport motoristici e motonautici/ Sport aerei.

[per i dettagli su quanto sopra vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono oggetto di copertura i danni causati condolo dell'Assicurato o del Contraente.

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

✗ **ASSISTENZA PER INFORTUNIO:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

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

! **INFORTUNI:** guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non ha la necessaria abilitazione; Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli; abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati; operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio; pratica di Sport Professionistici; guida e uso di mezzi subacquei; delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa.

! **TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO:** diritto di famiglia, successioni e donazioni; materia fiscale o amministrativa; fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, Atti di terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.

! **ASSISTENZA PER INFORTUNIO:** eruzioni vulcaniche, Terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni; dolo dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

La copertura in generale vale dove è ubicato il Rischio assicurato con le seguenti precisazioni:

- ✓ **INFORTUNI:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO:** l'Assicurazione opera per i Sinistri insorti e che devono essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente, che si trova:
 - nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e alle Vertenze contrattuali;
Solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo rimborso di € 5.000;
 - nella Repubblica Italiana, nello Stato della Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le vertenze con Istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali e per i ricorsi contro la Pubblica Amministrazione.
- ✓ **ASSISTENZA PER INFORTUNIO:** l'Assicurazione ha validità territoriale in Italia e all'estero a seconda delle Prestazioni fornite. Le prestazioni previste dai Servizi Sisalute operano in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare. Nel corso del contratto devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o la mancata comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione dell'Assicurazione e il rifiuto o la riduzione dell'Indennizzo in caso di Sinistro.
- Inoltre devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- Puoi stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto. A tal fine devi fornire se richiesto da UnipolSai - prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa. Devi inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

I Premi devono essere pagati all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/web che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Premesso che il Premio è indivisibile, UnipolSai può concedere il pagamento frazionato in rate semestrali o annuali senza oneri. Per ogni Posizione assicurativa di Polizza il Contraente può scegliere un diverso frazionamento del Premio. Solo dopo l'accordo di UnipolSai il Premio annuo può essere frazionato senza oneri in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate. Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 Anni), per ciascuna Annualità assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata nella singola Posizione assicurativa di Polizza. In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può avere una durata di un Anno o maggiore di un Anno. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Posizione assicurativa 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 effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UnipolSai al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. In relazione alla Singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo. Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro Anno e così di Anno in Anno. Inoltre, se è pattuito il tacito rinnovo e UnipolSai comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del premio comporta che il contratto cessa per disdetta alla data di scadenza.

L'Assicurazione, se stipulata senza tacito rinnovo, opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa eventualmente stipulata e comunque fino e non oltre le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Posizione assicurativa.



Come posso disdire la polizza?

In relazione alla Posizione assicurativa interessata, in caso di Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta mediante lettera raccomandata o PEC a UnipolSai.

Se l'Assicurazione, in relazione alla singola Posizione Assicurativa, è stata stipulata con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta in forma scritta mediante lettera raccomandata o PEC almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Se la durata della singola Posizione Assicurativa è poliennale:

- per durate fino a 5 Anni non puoi recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 Anni puoi recedere solo dopo i primi 5 Anni di durata contrattuale comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione.

Assicurazione Infortuni



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UnipolSai UNICA - Infortuni

Data: 01/11/2023 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, avente Sede Legale in Via Stalingrado n. 45- 40128 Bologna (Italia), tel. 051.5077111, sito internet www.unipolsai.it, indirizzo e-mail: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it, iscritta all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046 e alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, 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.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 6.166,99 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.990,80 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II), il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022, è pari ad € 3.049,75 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.372,39 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 8.771,89 milioni e ad € 8.575,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,88 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. È facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

Il contratto, nei limiti previsti in Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione, offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali con prestazioni di Assistenza, cui è abbinabile la copertura Tutela Legale.

Forma di copertura

A) TEMPO LIBERO E LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza, compreso quello di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

B) LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza, compresi gli Infortuni che si verificano durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa.

C) TEMPO LIBERO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere di professionalità, compresi gli Infortuni che si verificano durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Invalidità Permanente con Franchigia 10%	In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 10% non è previsto alcun Indennizzo.
Invalidità Permanente con Franchigia 30%	In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 30% non è previsto alcun Indennizzo.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

INFORTUNI

Sostegno e Protezione	L'Assicurazione è estesa alle seguenti coperture: Indennità forfettaria per Stato Comatoso, Indennizzo aggiuntivo per Morte da Circolazione, Sostegno e Sicurezza, adattamento dell'abitazione, adattamento dell'autovettura, Supervalutazione futuro protetto, Perdita anno scolastico, Rimborso spese mediche per minori non assicurati e Invalidità Permanente minorenni assicurati.
Rimborso spese mediche	Rimborso delle spese di cura, inclusi tra gli altri gli accertamenti diagnostici, le visite specialistiche e l'acquisto di presidi o tutori prescritti dai sanitari, sostenute non oltre due anni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio.
Diaria da Ricovero	A scelta tra: BASE: indennità con pagamento della somma stabilita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo di 365 giorni per ogni Infortunio. PLUS: indennità con pagamento per la Convalescenza, in aggiunta a quanto previsto dalla Diaria da Ricovero BASE, della somma stabilita per ciascun giorno di degenza fino a un massimo aggiuntivo di 90 giorni per Infortunio, purché la degenza sia pari ad almeno 2 giorni consecutivi.

Diaria da Immobilizzazione	<p>A scelta tra:</p> <p>BASE: indennità con pagamento della somma stabilita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio se l'Infortunio ha come conseguenza una frattura scheletrica radiologicamente accertata e per la quale diventa necessaria una Immobilizzazione, applicata e rimossa esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico.</p> <p>PLUS: indennità con pagamento della somma stabilita per ciascun giorno di Immobilizzazione fino a un massimo di 60 giorni per Infortunio oltre che per i casi previsti dalla Diaria da Immobilizzazione BASE anche nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • frattura scheletrica radiologicamente accertata per la quale i sanitari non ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione per il periodo risultante dal certificato medico; • Infortunio per cui i sanitari non ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione in assenza di frattura; • ustioni di II e III grado, termiche o chimiche, che abbiano interessato almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori o il 18% della intera superficie del corpo e che non abbiano comportato Ricovero in Istituto di Cura, per il periodo risultante dal certificato medico.
Inabilità Temporanea	<p>A scelta tra:</p> <p>BASE: (con pagamento al 100% in caso di incapacità totale e al 50% in caso di incapacità parziale della somma stabilita per ogni giorno di incapacità fisica a svolgere l'attività dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio);</p> <p>PLUS: (con pagamento per intero della somma stabilita per ogni giorno di totale o parziale incapacità fisica a svolgere l'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza, fino a un massimo di 365 giorni per Infortunio).</p>
Diaria da ricovero prolungato da Infortunio	<p>Riconoscimento di un Indennizzo forfettario in caso di Ricovero in Istituto di Cura superiore a 7 giorni consecutivi o in caso di più Ricoveri per una durata complessiva superiore a 30 giorni. L'Indennizzo forfettario a seconda della scelta indicata nella Posizione assicurativa è pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 2.500 - € 5.000.
Tabella di valutazione INAIL	<p>L'Invalidità Permanente da Infortunio viene valutata secondo le percentuali della Tabella INAIL (Allegato 1 del D.P.R. n.1124 del 30/06/1965).</p>
Modifica Franchigia Invalidità Permanente	<p>Modifiche alla Franchigia (5%) prevista per l'Invalidità Permanente da Infortunio, a scelta tra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invalidità Permanente con Franchigia 3%; - Invalidità Permanente con Franchigie progressive da 3% a 10% con applicazione di Franchigie diverse per scaglioni di Somma assicurata; - Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus con attenuazione dell'impatto della Franchigia 5% sulla percentuale da liquidare sulla Somma assicurata su questa garanzia.
Tabella di liquidazione SUPER	<p>L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene liquidato senza applicazione di Franchigia quando l'Invalidità Permanente accertata risulti pari o superiore al 15% e con supervalutazione dell'Invalidità se superiore al 30%.</p>
Invalidità Permanente da Danno Estetico	<p>Estensione della garanzia Invalidità Permanente agli Infortuni che abbiano come conseguenza danni estetici permanenti valutati in termini percentuali sulla base di quanto indicato nell'apposita tabella.</p>
Supervalutazione specifica per parti anatomiche	<p>Aumento delle percentuali di Invalidità Permanente riconosciute per la menomazione di alcune parti anatomiche rispetto alla Tabella di valutazione contrattualmente prevista.</p>
Sport ad alto rischio	<p>Estensione dell'Assicurazione alla pratica di Sport ad Alto rischio svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica.</p>
Sport motoristici e motonautici	<p>Estensione dell'Assicurazione alla pratica di Sport motoristici e motonautici svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica.</p>
Sport aerei	<p>Estensione dell'Assicurazione alla pratica di Sport aerei svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica.</p>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

INFORTUNI

Invalità Permanente da Infortunio: Franchigia 5%; Nessuna Franchigia per Invalità Permanente accertata pari o superiore al 20%.

Sono previste anche esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

INFORTUNI

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto da Estensioni di garanzia;
- pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad alto rischio, salvo quanto previsto dalla condizione specifica - Sport ad alto rischio;
- regate transoceaniche;
- pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport motoristici o motonautici salvo quanto previsto dalle condizioni specifiche - Sport motoristici e motonautici. Sono escluse le gare Sprint e Gasstrack, e quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster, Stock-car e gare di Off Shore;
- pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport aerei salvo quanto previsto dalle condizioni specifiche - Sport aerei;
- guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dalla Estensione della copertura Rischi particolari - Rischio guerra, insurrezioni all'estero e Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;
- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza, alcolismo cronico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- infarto e l'ictus da qualsiasi causa;
- infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a Infortunio indennizzabile;
- svolgimento delle Attività Professionali previste nell'elenco delle Attività Assicurabili con Patto speciale, indicate nell'Allegato Tabella delle attività professionali delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli appartenenti alle Forze dell'Ordine/Corpi Militari, sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni subiti durante:

- missioni all'estero;
- lo svolgimento delle seguenti attività, anche se rientranti tra le mansioni del corpo di appartenenza; ovvero:
 - paracadutismo
 - attività subacquee in genere
 - scalata di rocce o di ghiacciai
 - pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili
 - speleologia.

TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO

L'Assicurazione non opera per:

- controversie derivanti dalla proprietà di veicoli, Aeromobili, imbarcazioni, navi e natanti da diporto;
- adesione ad azioni di classe (class action);
- contratti finanziari, bancari e a polizze RCA;
- controversie contrattuali con la Società;
- controversie derivanti da prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- controversie derivanti da parto o da aborto terapeutico.

Se l'assicurato è coinvolto in una Vertenza, UnipolSai non copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte;
- spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la Transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.

ASSISTENZA PER INFORTUNIO

L'Assicurazione non opera per:

- atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, Atti di Terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate all'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti.

Servizi SiSalute: il servizio di Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata non è attivo per ricoveri, interventi chirurgici anche ambulatoriali, visite e prestazioni di odontoiatria.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?

Denuncia del sinistro:

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

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa dell'Infortunio deve:

- avere in allegato certificato medico;
- indicare il luogo, il giorno ed ora dell'Infortunio;
- descrivere dettagliatamente come l'infortunio sia accaduto.

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

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

Relativamente alla Sezione INFORTUNI, devono inoltre essere presentati:

- **Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente a favore degli eredi:** in caso di morte dell'Assicurato prima dell'accertamento medico-legale stabilito da UnipolSai - per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato - gli eredi devono presentare domanda di Indennizzo completa della documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti se non ancora inviata (inclusa la cartella clinica in caso di Ricovero);
- **Inabilità Temporanea:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare a UnipolSai la domanda con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea. Tale Inabilità decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. Se l'Assicurato non invia i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo è effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. UnipolSai, per la liquidazione dell'Indennizzo, può verificare l'adeguatezza dei periodi di Inabilità certificati.
- **Diarìa da Ricovero:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare a UnipolSai la domanda di indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- **Diarìa da Immobilizzazione:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare a UnipolSai la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Rimborso spese mediche: per l'utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A. la quale, dopo la valutazione della richiesta, si attiverà con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunicherà i dettagli dell'appuntamento.

Sezione TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO: l'Assicurato o il Contraente deve denunciare tempestivamente per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o a UnipolSai o ad ARAG il Sinistro nel momento in cui si verifica e/o ne è venuto a conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della Polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio e trasmettere a UnipolSai o ad ARAG ogni atto a lui notificato.

Sezione ASSISTENZA PER INFORTUNIO: l'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A.. L'Assicurato può utilizzare i servizi SiSalute tramite l'app di SiSalute. Per assistenza può contattare gli operatori SiSalute.

Assistenza diretta/in convenzione:

Rimborso spese mediche: le prestazioni sanitarie possono essere erogate attraverso la rete convenzionata che è un insieme di Strutture Sanitarie che UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato tramite la Centrale Operativa.

Gestione da parte di altre imprese: relativamente alla Sezione ASSISTENZA PER INFORTUNIO la gestione e la liquidazione dei Sinistri è affidata a UniSalute S.p.A (www.unisalute.it) mentre la gestione dei Servizi SiSalute è affidata a SiSalute. (www.si-salute.it)

Relativamente alla Sezione TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO la gestione dei Sinistri è affidata a ARAG. (www.arag.it).

Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice civile).

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Sezione <u>INFORTUNI E ASSISTENZA PER INFORTUNIO</u> : UnipolSai entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo dell'Indennizzo, verifica che l'Assicurato abbia diritto all'Indennizzo e liquida quanto dovuto. Sezione <u>TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO</u> : la liquidazione delle spese garantite avviene entro il termine di 30 giorni.



Quando e come devo pagare?

Premio	Salvo il caso in cui non sia stabilita la rinuncia all'Adeguamento automatico le Somme assicurate, i Massimali, gli importi relativi ad indennizzi forfettari e i Premi espressi in cifra assoluta vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale. Non vengono utilizzate tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	UnipolSai rimborsa il Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte, nel caso di: <ul style="list-style-type: none"> - Recesso dal contratto per Sinistro, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso; - Recesso in caso di vendita a distanza, entro 30 giorni da quello in cui UnipolSai e l'intermediario hanno ricevuto la comunicazione di Recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Sezione <u>TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO</u> : la prestazione assicurativa viene garantita per i Sinistri che siano insorti trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza (Carenza) relativamente alle Vertenze contrattuali.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di stipula della Polizza a distanza hai il diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data di stipula. Il Recesso è efficace per la Posizione o le Posizioni assicurative riportate nella Polizza, salvo i casi espressamente esclusi dall'Art. 67-duodecies del D. Lgs. 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del consumo"). Tale diritto viene riconosciuto anche per l'inserimento di una o più nuove Posizioni assicurative e/o nuove garanzie in caso di successiva stipula a distanza, limitatamente alle variazioni apportate.
Risoluzione	Non prevista. Se uno degli Assicurati raggiunge il limite di età di 80 anni durante il periodo di validità dell'Assicurazione, solo per questa persona, tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla scadenza dell'annualità in corso. Se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE e il predetto limite d'età viene raggiunto da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie terminano alla scadenza dell'annualità in corso per lui e per l'intero NUCLEO FAMILIARE. Con la perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano per l'Assicurato alla scadenza dell'annualità in corso; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con perdita del requisito da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso sia per lui che per l'intero NUCLEO FAMILIARE; Con il decesso dell'Assicurato tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla data del decesso dell'Assicurato; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con il decesso dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, per tale nucleo tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto UnipolSai UNICA - Infortuni è rivolto a persone fisiche che intendono assicurare se stesse e/o familiari conviventi, ascendenti/discendenti di primo grado non conviventi - propri e/o del proprio coniuge, compagno/a - inclusi se di interesse i componenti del nucleo familiare di ciascuno di essi risultante da certificato di stato di famiglia o conviventi, nonché i loro collaboratori domestici, relativamente alle attività svolte in ambito professionale e/o extraprofessionale (per i collaboratori domestici solo ambito professionale). Si tratta di soggetti con l'esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI) Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipolsai.it. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS, contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>

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

Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- Arbitrato irrituale: le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio o sulla quantificazione dell'Indennizzo possono essere affidate tramite comunicazione scritta a un collegio di tre medici. Tali medici sono nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino all'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente. Sezione <u>TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO</u>: in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri tra l'Assicurato e UnipolSai o ARAG, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità. L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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

UNIPOLSAI UNICA - Infortuni

Assicurazione Infortuni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01206 / 001 / 00000 / U – Ed. 01/11/2023




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

GLOSSARIO	1 di 86
1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7 di 86
Premessa	7 di 86
Quando comincia la copertura e quando finisce	7 di 86
Quando e come devo pagare	10 di 86
Che obblighi ho	14 di 86
Altre norme	15 di 86
2. SEZIONE INFORTUNI	17 di 86
Cosa assicura	17 di 86
Cosa NON assicura	22 di 86
Come personalizzare	23 di 86
Come assicura	35 di 86
3. SEZIONE TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO	43 di 86
Cosa assicura	43 di 86
Cosa NON assicura	45 di 86
Come assicura	45 di 86
4. SEZIONE ASSISTENZA PER INFORTUNIO	48 di 86
Cosa assicura	48 di 86
Cosa NON assicura	53 di 86
Come assicura	53 di 86
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	55 di 86
ALLEGATO - TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI	75 di 86
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	82 di 86
NUMERI E RIFERIMENTI UTILI	86 di 86

FAQ

I box di consultazione sono degli spazi con dei simboli, facilmente individuabili nelle condizioni di assicurazione.

Contengono:

-  **DUBBI:** risposte in caso di chiarimenti o indicazioni da seguire;
-  **ATTENZIONE:** punti su cui porre particolare attenzione;
-  **RECAPITI:** riferimenti utili a cui rivolgersi.

Tali spazi non hanno valore contrattuale ma, in alcuni casi, ne riportano solo degli esempi. Perciò, è sempre necessario porre attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

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

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

Ambito di protezione: l'insieme delle garanzie assicurative a copertura di specifiche aree di Rischio.

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

ARAG: l'impresa di assicurazione ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con sede in Viale del Commercio 59 - 37135 Verona, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri Tutela Legale.

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

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

Assistenza: l'assicurazione rientrante nel ramo 18 prevista all'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che offre all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto entro i limiti definiti dall'Assicurazione, nel caso in cui egli si trovi in una situazione di difficoltà in seguito al verificarsi di un evento fortuito.

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

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

Calciatore Professionista: è un atleta tesserato ad una Società di calcio di Serie A, Serie B, Serie C (Lega Pro) e un'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie A. E' equiparato a Calciatore Professionista anche un atleta tesserato ad una Società di calcio di Serie D (Lega Nazionale Dilettanti) e un'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie B.

Capofamiglia (per la scelta NUCLEO FAMILIARE): la persona nominalmente indicata nella Posizione assicurativa di Polizza come riferimento per il certificato di Stato di Famiglia.

Carenza: è il periodo di tempo, riferibile alla sola prima Annualità Assicurativa ed immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non operano.

Centrale Operativa: è la struttura di UniSalute con operatori, medici, paramedici e tecnici che su richiesta dell'Assicurato organizza e prenota la prestazione presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

La struttura è operativa dal lunedì al venerdì (esclusi festivi), dalle 8.30 alle 19.30.

Classe di Rischio: insieme delle attività che per l'Assicurazione presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.

Contraente: soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi.

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

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera, nella quale è indicato il periodo di permanenza dell'Assicurato nella Struttura.

Difetto Fisico/Malformazione: alterazione anatomica (non evolutiva), congenita o acquisita a seguito di Malattia o Infortunio, che sia evidente e/o clinicamente diagnosticabile prima della stipula dell'Assicurazione.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutti i certificati medici (diagnosi, pareri e prescrizioni sanitarie, radiografie, esami strumentali e diagnostici) e relativa documentazione di spesa (comprese parcelle e ricevute dei medicinali).

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

Estratto di Polizza: documento di sintesi fornito dalla Società in relazione al singolo Assicurato e che raccoglie le Posizioni assicurative a lui riferibili.

Familiari: persone indicate nel certificato di Stato di Famiglia dell'Assicurato/Capofamiglia alla data del Sinistro.

Franchigia: parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, indicata in percentuali di Invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

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

Immobilizzazione: è l'applicazione a seguito di Infortunio di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno.

È ammessa anche l'applicazione di mezzi di contenzione/tutori amovibili e preconfezionati purché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) e prescritti da:

- una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso, in assenza di Ricovero e di Day-Hospital;
- un medico ambulatoriale e purché la lesione sia stata accertata con esami strumentali;
- sanitari dell'Istituto di Cura, nel corso della degenza, in caso di Ricovero o di Day-Hospital.

Inabilità Temporanea: perdita temporanea totale o parziale della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza.

Indennizzo/Rimborso: importo dovuto dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili e che abbiano per conseguenza morte, Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni previste dall'Assicurazione.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali. Rientrano nella definizione anche gli interventi effettuati mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

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

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, alla fornitura dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoro aereo: attività di volo svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree cinematografiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione, collaudo - voli prova - sorveglianze linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto Fisico e non sia dipendente da Infortunio.

Massimale: importo indicato nella Posizione assicurativa di Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di Sinistro.

Nucleo di contratto: l'insieme dei soggetti identificati dal Contraente per conto dei quali quest'ultimo può stipulare l'Assicurazione, purché rientranti fra le seguenti categorie:

- coniuge o compagno/a convivente,
- parenti od affini stabilmente conviventi con il Contraente (intendendosi per affini i parenti del coniuge/compagno/a),
- genitori e figli non conviventi del Contraente o del coniuge/compagno/a.

Solo per alcuni Ambiti di protezione sono inclusi:

- le persone giuridiche formate in via esclusiva da tali soggetti,
- collaboratori/trici familiari.

In particolare, il Contraente non può acquistare l'Ambito di protezione "Infortuni" per le persone giuridiche.

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Posizione assicurativa di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Posizione assicurativa di durata superiore a un Anno,

il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Posizione assicurativa e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Perito (per la Sezione Tutela legale per Infortunio): l'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza: il documento, relativo ad uno o più Ambiti di protezione, contenente una o più Posizioni assicurative, che prova l'Assicurazione, come previsto dall'Art. 1888 del Codice Civile.

Posizione assicurativa (Posizione assicurativa di Polizza): parte numerata della Polizza che riporta per il singolo Assicurato le informazioni relative alla specifica copertura assicurativa e che attesta il periodo della copertura e le garanzie scelte.

Premio: importo dovuto dal Contraente alla Società quale prezzo dell'Assicurazione.

Prescrizione (per la Sezione Tutela legale per Infortunio): l'estinzione di un diritto che avviene se il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Procedimento penale: inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente per mezzo di informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del Reato ascritto.

Reato: i reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o multa e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con pernottamento documentata da cartella clinica con scheda nosologica. La degenza in ospedalizzazione domiciliare è equiparata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: importo che resta a carico dell'Assicurato indicato in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzato che spetterebbe in assenza dello Scoperto stesso.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, da parte dell'Assicurato (anche in modo volontario), effettuate con intensità superiore alle proprie ordinarie abitudini di vita e lavoro.

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

SiSalute: marchio di UniSalute Servizi S.r.l., società di servizi, interamente controllata da UniSalute S.p.A., con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione dei Servizi SiSalute.

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

Somma assicurata: la somma indicata nella Posizione assicurativa utilizzato per il calcolo dell'Indennizzo/Rimborso per ogni garanzia.

Spese di giustizia: spese del processo che in un Procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese processuali vengono pagate da ognuna delle Parti; a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifonderle.

Sport aerei: sono quelli effettuati anche in qualità di pilota con: Aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 ad ala fissa o ala rotante, alianti, motoalianti, aerostati, dirigibili ultraleggeri, deltaplani, paramotori, parapendii, apparecchi e/o attrezzi per il volo da diporto o sportivo, paracadutismo.

Sport agonistici: sono quelli effettuati da persone tesserate di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI con età pari o superiore a 12 anni e specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico. Le attività sportive praticate con le precedenti modalità da persone con età inferiore a 12 anni verranno invece considerate come Sport del tempo libero.

Sport ad alto rischio: è la pratica di: alpinismo con scalata di roccia o di ghiacciai oltre il III grado della scala UIAA o di difficoltà equivalente, arti marziali che prevedano combattimento con contatto fisico, base jumping, bungee jumping, bob, canoa fluviale oltre il III grado della scala WW o di difficoltà equivalente, danze aeree, downhill a qualsiasi livello e in tutte le sue forme, canyoning (torrentismo), football americano, free climbing, free ride e helisnow, hockey, hydrospeed, guidoslitta e motoslitta, jet ski/moto d'acqua, kite surf, lotta nelle sue varie forme, parkour, pugilato, rafting, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci e snowboard acrobatico, sci e snowboard estremi (intendendosi per tali anche quelli effettuati fuori pista in zone distanti non immediatamente adiacenti alle piste battute servite da impianti di risalita), slittino (skeleton), snowrafting, speleologia.

Sport del tempo libero: sono quelli aventi finalità ricreative anche se effettuate da tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e non specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a gare, competizioni o a manifestazione sportiva di carattere agonistico. Rientrano in questo ambito anche gli sport con partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

Sport motoristici/motonautici sono quelli che prevedono:

- l'utilizzo, anche come passeggero, di autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allenamenti con l'utilizzo dei precedenti veicoli, **ad esclusione delle Gare di regolarità pura;**
- l'utilizzo, anche come membro dell'equipaggio, di: moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore sia su circuiti, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni, prove e allenamenti.

Sport professionistici: quelli svolti in maniera continuativa nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale stipulato tra le parti - **esclusi i rimborsi spese** - che costituisca comunque fonte di reddito per l'Assicurato. In ogni caso rientrano in tale classificazione quelli praticati da coloro che partecipano a competizioni Internazionali come Olimpiadi, campionati Europei, Mondiali, indipendentemente dai compensi percepiti.

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.

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 per mezzo di stimoli appropriati; richiede inoltre l'uso persistente 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.

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

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UniSalute ha definito un accordo di convenzione dedicato.

Terremoto: movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene. Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile sono attribuite ad uno stesso episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo Sinistro".

Transazione: accordo con il quale le parti tramite reciproche concessioni pongono fine ad una lite insorta tra di loro o la prevengono.

UniSalute: l'impresa 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 Assistenza.

Vendita a distanza: sistema di vendita che impiega esclusivamente la tecnica di comunicazione a distanza del sito web, dell'APP e del call center.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con il Contraente che, senza la presenza fisica e simultanea delle parti, viene impiegata per il collocamento a distanza dell'Assicurazione.

Vertenza (per la Sezione Tutela legale per Infortunio): il conflitto di pretese tra Assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Premessa

UnipolSai UNICA

Il Contraente può stipulare il contratto "UnipolSai UNICA" per sé e/o per conto dei singoli Assicurati che compongono il suo Nucleo di contratto, sulla base delle loro esigenze e dietro rilascio di apposita delega.

UnipolSai Unica si articola nelle Aree assicurative:

- Veicoli e Mobilità
- Casa e Famiglia
- Persona.

In ciascuna Area sono individuabili vari Ambiti di protezione acquistabili dal Contraente.

La Polizza riporta gli Ambiti di protezione acquistati e all'interno di ciascuno di essi le Posizioni assicurative corrispondenti ai singoli Assicurati.

In relazione all'Ambito di protezione "Infortuni", valgono le Condizioni di Assicurazione che seguono.

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella singola Posizione assicurativa 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 i Premi successivi al primo o le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. L'Assicurazione riprende effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Durata dell'Assicurazione e poliennalità ¹

In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può avere una durata:

- di un Anno
- maggiore di un Anno.

L'Assicurazione, se stipulata senza tacito rinnovo, opera fino all'ora ed alla data di effetto della nuova copertura assicurativa eventualmente stipulata e comunque fino e non oltre le ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della Posizione assicurativa.



DUBBI

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?

L'Assicurazione può avere una durata fino ad un Anno o maggiore di un Anno. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni Anno di durata. La percentuale di sconto applicato viene indicata nella Posizione Assicurativa di Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata dell'Assicurazione. Se la durata poliennale è superiore a cinque Anni il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione solo dopo i primi cinque Anni.

Se è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 Anni), per ciascuna Annualità Assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza. Il Premio esposto è già comprensivo dello sconto. Nel caso di adeguamento automatico delle Somme assicurate e del Premio, anche l'importo dello sconto varierà di conseguenza.

Inoltre, se la durata della singola Posizione assicurativa è poliennale, il Contraente, come previsto dal 1° comma dell'Art. 1899 del Codice Civile:

- per durate fino a 5 Anni, non può recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 Anni, può recedere solo dopo i primi 5 Anni, comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 1.3 - Proroga dell'Assicurazione, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza ²

In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo.

Tacito rinnovo

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro Anno e così di Anno in Anno. Il rinnovo non avviene se il Contraente o la Società inviano la disdetta almeno 30 giorni prima dalla scadenza dell'Assicurazione. Il Contraente comunica la disdetta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, con una delle seguenti modalità:

- lettera raccomandata;
- PEC (posta elettronica certificata).

La Società comunica al Contraente la disdetta con lettera raccomandata e/o PEC (se il Contraente ne è in possesso).

In caso di Assicurazione stipulata con tacito rinnovo, se interviene una modifica della tariffa dei Rischi assicurati, la Società alla scadenza del contratto, comunica al Contraente le nuove condizioni di Premio almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contraente può:

- accettare il nuovo Premio proposto pagandolo; in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo per il Premio;
- rifiutare il nuovo Premio proposto non pagandolo; in questo caso la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione si intende cessata per disdetta alla data di scadenza. Se però il Premio annuo è frazionato in 12 rate mensili, il Contraente entro la scadenza deve prendere contatto con la propria Agenzia per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico; anche in questo caso la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione si intende cessata per disdetta alla data di scadenza.

Non rinnovabilità

Se è stipulata senza tacito rinnovo, l'Assicurazione termina alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

Il Contraente e la Società in relazione alla Posizione assicurativa interessata possono recedere dall'Assicurazione dopo ogni Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, tramite comunicazione scritta inviata all'altra Parte.

La comunicazione, effettuata con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata) se il Contraente ne è in possesso, diventa efficace:

- dopo 30 giorni dalla data di invio quale risultante dal timbro postale o della ricevuta di accettazione della PEC se inviata dalla Società;
- dalla data del timbro postale o della ricevuta di accettazione della PEC se inviata dal Contraente.

Entro 30 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la Società rimborsa il Premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali.

L'eventuale incasso di Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro ed il rilascio della quietanza non potranno essere interpretati come rinuncia della Società ad avvalersi della facoltà di Recesso.

Art. 1.5 - Cessazione dell'Assicurazione per limite d'età

Il limite massimo di età assicurabile è di 80 anni.

Se uno degli Assicurati raggiunge il limite di età di 80 anni durante il periodo di validità dell'Assicurazione, solo per questa persona, tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla scadenza dell'annualità in corso.

Se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE (ai sensi della Scelta effettuata dal Contraente come indicato dal successivo Art. 1.17) e il predetto limite d'età viene raggiunto da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie terminano alla scadenza dell'annualità in corso per lui e per l'intero NUCLEO FAMILIARE.

Art. 1.6 - Cessazione dell'Assicurazione per perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto e per decesso

Il Contraente deve comunicare alla Società l'eventuale perdita in corso di contratto da parte dell'Assicurato del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto; egli deve anche comunicare il decesso dell'Assicurato.

In seguito a queste comunicazioni si verificano le seguenti conseguenze:

- **perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto:**
tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano per l'Assicurato alla scadenza dell'annualità in corso; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con perdita del requisito da parte dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso sia per lui che per l'intero NUCLEO FAMILIARE;
- **decesso dell'Assicurato:**
tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla data del decesso dell'Assicurato; se l'Assicurazione è a NUCLEO FAMILIARE, con il decesso dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia, per tale nucleo tutte le garanzie cessano alla scadenza dell'annualità in corso.



DUBBI

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza o prosegue?

Dipende dalla scelta effettuata alla stipula dell'Assicurazione. Se l'Assicurazione è "senza tacito rinnovo" la copertura assicurativa termina la sua efficacia alla scadenza senza bisogno di comunicazione tra le Parti. Ciò significa che il Contraente dovrà prestare molta attenzione perché dopo la scadenza non avrà più la copertura assicurativa.

Se invece l'Assicurazione è stipulata "con tacito rinnovo" la copertura assicurativa prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o la Società non decideranno di dare disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza. Sempre in caso di "tacito rinnovo", a seguito di variazioni tariffarie dei rischi assicurati la Società può proporre al Contraente un nuovo Premio, comunicandolo almeno 30 giorni prima della scadenza. In questo caso il Contraente può rifiutare le nuove condizioni del Premio e non rinnovare l'Assicurazione solamente interrompendo il pagamento del Premio, azione che in caso di addebito ricorrente deve essere richiesta entro la scadenza presso la propria Agenzia.

Art. 1.7 - Diritto di Recesso in caso di Vendita a distanza

Entro 14 giorni dalla data di stipula della Polizza a distanza il Contraente ha diritto di recedere dal contratto. Il Recesso è efficace per la Posizione o le Posizioni assicurative riportate nella Polizza, salvo i casi espressamente esclusi dall'Art. 67-duodecies del D. Lgs. 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del consumo"). Tale diritto viene riconosciuto anche in caso di successiva stipula a distanza, finalizzata all'inserimento di una o più nuove Posizioni assicurative e/o nuove garanzie, limitatamente alle variazioni apportate.

Il Contraente può recedere inviando una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza - o della Posizione assicurativa e/o garanzia successivamente inserite - tramite:

- lettera raccomandata con avviso di ricevimento, da inviare alla Società e all'intermediario; oppure
- posta elettronica certificata (PEC) da inviare dalla propria casella PEC a quella dell'intermediario e della Società.

A seguito del Recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui la Società e l'intermediario hanno ricevuto la comunicazione di Recesso, al netto degli oneri fiscali che restano a suo carico.

Quando e come devo pagare

Art. 1.8 - Pagamento del Premio ³

I Premi devono essere pagati all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società.

Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/web che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Art. 1.9 - Frazionamento del Premio ⁴

Premesso che il Premio è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. Per ogni Posizione assicurativa di Polizza il Contraente può scegliere un diverso frazionamento del Premio. Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo la scadenza della rata. La Società è esonerata da ogni obbligo mantenendo comunque il diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.



DUBBI

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che si deve pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa. Esso viene determinato, al momento della stipula dell'Assicurazione, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo.

Art. 1.10 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato nella Posizione assicurativa di Polizza il frazionamento mensile)

In relazione alla singola Posizione assicurativa la Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in rate mensili, senza oneri di frazionamento, tramite addebito ricorrente. Se il frazionamento viene richiesto dal Contraente e concesso dalla Società, vale quanto di seguito specificato.

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

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

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

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

L'autorizzazione all'addebito ricorrente è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se la Società comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

- (i) aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) della Società o attivare il profilo di Area Riservata, sul sito della Società o tramite APP, comunicando il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare;
- (ii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente del Premio tra quelli previsti all'Art. A.1.;
- (iii) provvedere subito al pagamento anticipato di un dodicesimo del Premio annuo stabilito (o importo differente in caso di ratei), e
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo con rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato all'Assicurazione.

Durante la validità dell'Assicurazione il Contraente deve comunicare alla Società eventuali variazioni delle coordinate bancarie, Carte di Credito, Carte di Debito o le revoche del servizio di addebito. Il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti, recandosi in Agenzia/Punto vendita o tramite l'Area Riservata.



DUBBI

4 Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se stipulato, non potrà operare. Pertanto, se è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della stipula; se il Premio è frazionato, al pagamento di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si conferma l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società invierà le comunicazioni contrattuali e di servizio relative all'Assicurazione in modalità digitale (per esempio sull'Area Riservata, tramite PEC, e-mail o al numero di cellulare indicati al momento della stipula o successivamente).

Il Contraente deve comunicare tempestivamente le variazioni dei dati di contatto recandosi in Agenzia/Punto vendita o tramite l'Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

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

La Società addebita al Contraente l'importo della rata mensile con le seguenti tempistiche:

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

La Società, se non riceve comunicazione di mancato addebito della rata mensile, comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste nella Posizione assicurativa di riferimento e a mettere a disposizione in Area Riservata e APP la quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio. La Polizza costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) della Società verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

La Società, se le viene comunicato il mancato addebito, comunica a sua volta al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste nella Posizione assicurativa di riferimento a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di altre rate successive.

In caso di mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente è ancora valido, la Società farà ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente non è più valido e ci sono rate di Premio non pagate, il Contraente dovrà indicare un nuovo metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti. Se non lo fa, sarà revocato il frazionamento mensile, che diventerà annuale; il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio annuo restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se il Contraente indica un nuovo metodo di pagamento ricorrente, questo opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata:

- utilizzando l'Area Riservata;
- utilizzando l'APP di UnipolSai;
- concordando con l'Agenzia/Punto vendita una diversa modalità di pagamento.

Trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunica la revoca del frazionamento mensile, che diventa annuale e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio annuo restanti in un'unica soluzione.

Il pagamento può avvenire:

- utilizzando l'Area Riservata;
- utilizzando l'APP di UnipolSai;
- concordando con l'Agenzia/Punto vendita una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente paga le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo dell'Assicurazione

Se la Posizione assicurativa per la quale è previsto il frazionamento mensile è senza tacito rinnovo, il Contraente, che intende rinnovarla e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni, deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- almeno 2 giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che la Società mantenga la disponibilità al frazionamento mensile, senza oneri e con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente paga la prima rata concordando con l'Agenzia/Punto vendita una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se la Posizione assicurativa per la quale è previsto il frazionamento mensile è con tacito rinnovo:

- il Contraente deve pagare l'eventuale importo delle rate arretrate, prima del pagamento del Premio di rinnovo;
- se interviene una modifica della tariffa dei Rischi assicurati, il Contraente che vuole rifiutare il rinnovo alle nuove condizioni di Premio comunicate dalla Società almeno 30 giorni prima della scadenza, come previsto dall'Art. 1.3 *Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza*, deve richiedere alla propria Agenzia l'interruzione dell'addebito automatico entro la scadenza. In questo caso, se non viene riattivato l'addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Posizione assicurativa si intende cessata per disdetta alla scadenza e la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto.
- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se al momento del rinnovo non vengono rispettati dal Contraente i requisiti indicati al precedente punto A.2, comma (i). In questo caso il Contraente deve pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.

D. Modifica del frazionamento

Durante la validità della Posizione assicurativa la Società revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- se vengono meno i requisiti indicati al precedente punto A.2, comma (i);
- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò perché l'aumento dei costi gestionali per la Società non le consentono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio, essendo senza oneri per il Contraente.

Se la Società revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.

Art. 1.11 - Adeguamento delle Somme assicurate e dei relativi Premi

Le Somme assicurate, i Massimali, gli importi relativi ad Indennizzi forfettari indicati in cifra assoluta ed i Premi vengono aumentati del 3% ad ogni rinnovo annuale, solo se la Posizione assicurativa riporta la presenza dell'adeguamento automatico.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie indicate in percentuale o in giorni, i limiti oltre i quali si applicano dette Franchigie, i minimi ed i massimi di Scoperto, i limiti indicati in giorni, i valori indicati in percentuale, gli importi indicati in cifra assoluta relativi a:

- i limiti massimi di Indennizzo previsti dall'Art. 2.2 *Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari*, punto 5) Rischio Sport agonistici;
- l'importo massimo previsto all'Art. 2.9 *Massimale catastrofale*;
- tutte le prestazioni della Sezione Assistenza per Infortunio.

Che obblighi ho

Art. 1.12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, la Società può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.13 - Aggravamento del Rischio⁵

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società dei cambiamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti non conosciuti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. In questo caso l'Assicurazione termina come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.14 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, come previsto dall'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.



DUBBI

5 Come faccio a sapere cosa prevede l'Art. 1898 del Codice Civile riguardo a ciò che accade in caso di aggravamento del Rischio in corso di contratto?

Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile - nonché di quelli del Codice di Procedura Civile e del Codice della Navigazione - richiamati nel contratto, al fondo delle condizioni di assicurazione è stata inserita la sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO", nella quale è riportato il testo integrale di tali articoli.

Art. 1.15 - Assicurazione per conto altrui

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto. A tal fine deve fornire - se richiesto dalla Società - la prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa sulla base delle loro esigenze.

Il Contraente deve inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.

Art. 1.16 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dichiarare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di assicurazioni relative allo stesso Rischio e alle stesse garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme assicurate.

La mancata comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni, 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 o l'Assicurato della presente Assicurazione;
- polizze stipulate a copertura del Rischio Infortuni della circolazione;
- garanzie infortuni provenienti automaticamente dalla titolarità di Carte di credito, Conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisiti di beni o servizi non assicurativi;
- garanzie assistenza.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'Art. 1910 del Codice Civile.

L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

Altre norme

Art. 1.17 - Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione in una delle seguenti modalità, specificatamente indicata nella Posizione assicurativa di Polizza:

- **scelta PERSONA:** la copertura opera per l'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza;
- **scelta NUCLEO FAMILIARE:** la copertura opera per l'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza in qualità di Capofamiglia, più i suoi Familiari.

Il Contraente può inoltre:

- aggiungere fino a 3 persone non appartenenti allo Stato di famiglia del Capofamiglia, indicandoli nominalmente nella Posizione assicurativa. È possibile aggiungere:
 - i figli del Capofamiglia non conviventi di età inferiore ai 25 Anni;
 - i figli del coniuge/compagno/a del Capofamiglia non conviventi di età inferiore ai 25 Anni;
 - ogni altro soggetto non rientrante tra quelli sopra indicati se convivente in modo continuativo con il Capofamiglia.
- **escludere fino a 3 persone** presenti nello Stato di famiglia del Capofamiglia, indicandoli nominalmente nella Posizione assicurativa.

Art. 1.18 - Modifiche dell'Assicurazione

Le modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.19 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata)** se l'Assicurato o il Contraente ne sono in possesso. **Le comunicazioni dell'Assicurato o del Contraente devono essere inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società**, salvo quanto previsto all'Art. 1.10 *Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente - A.3 Comunicazioni contrattuali*.

Art. 1.20 - Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 1.21 - Lingua

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Art. 1.22 - Modalità di ricezione e trasmissione della documentazione

Il Contraente, prima della stipula della Polizza, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'Art. 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- a) su supporto cartaceo;
- b) su supporto durevole non cartaceo;
- c) tramite un sito Internet solo se il Contraente ha regolarmente accesso ad Internet, ossia se fornisce un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile per la distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente può richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Art. 1.23 - Altre informazioni in caso di Vendita a distanza

Potendo essere venduta anche a distanza, le diverse fasi e modalità da seguire per la stipula della Polizza tramite internet o APP sono indicate nel sito internet/APP della Società.

In caso di utilizzo di call center il Contraente ha diritto di essere messo in contatto con l'incaricato del coordinamento e del controllo.

Art. 1.24 - Foro competente

Per le controversie il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.25 - Imposte e tasse

Le imposte e tutti gli altri oneri, stabiliti per legge, relativi all'Assicurazione, presenti e futuri, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.26 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 - Garanzie base⁷

Durante il periodo di validità dell'Assicurazione, la Società indennizza le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti dall'Assicurato.

L'indennizzo viene riconosciuto solo per gli Infortuni conseguenti alle attività indicate nella Forma di copertura scelta e nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate⁸ indicate nella Posizione assicurativa di Polizza.

Il Contraente può acquistare una o entrambe le seguenti garanzie, che pertanto operano solo se indicate nella Posizione assicurativa di Polizza.

Art. 2.1.1 - Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia opera per l'Infortunio che ha come conseguenza una Invalidità Permanente dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa. L'Invalidità Permanente è determinata come previsto nell'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o nell'Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia opera anche se l'Invalidità Permanente si verifica dopo la scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.



DUBBI

6 In ambito di Infortuni la garanzia copre esclusivamente gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale?

Non è detto, l'Assicurazione opera in base alla scelta effettuata dal Contraente il quale può personalizzare la Posizione assicurativa di Polizza indicando le attività su cui vuole essere coperto tra Tempo Libero e Lavoro, Lavoro o solamente Tempo Libero.



ATTENZIONE

7 La garanzia base copre le spese sanitarie che è necessario sostenere a seguito dell'Infortunio subito?

No, per ottenere il Rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di un Infortunio è necessario acquistare, oltre alla Garanzia Base, la Garanzia Supplementare Rimborso spese mediche da Infortunio.



DUBBI

8 Come faccio a ricordarmi le limitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?

Per avere un quadro chiaro e completo su limitazioni e sottolimiti, ma anche su Scoperti e Franchigie se presenti, è sufficiente consultare la tabella di sintesi che si trova al fondo di ogni Sezione delle condizioni di assicurazione.

La liquidazione dell'Indennizzo è effettuata con l'applicazione di una Franchigia del 5%, salvo diversa scelta indicata nella Posizione assicurativa di Polizza derivante dall'eventuale Condizione specifica acquistata, con le seguenti modalità:

- in caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5% non è previsto alcun Indennizzo;
- in caso di Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, come previsto nell'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo lettera A)* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.1.2 - Decesso da Infortunio

La garanzia opera per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza.

La garanzia opera anche nel caso di morte successiva alla scadenza dell'Assicurazione, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione.

La designazione può avvenire:

- al momento della stipula dell'Assicurazione, indicandola all'interno della Posizione assicurativa di Polizza;
- successivamente, attraverso dichiarazione scritta comunicata alla Società.

In entrambi i casi essa è revocabile o modificabile per iscritto con lettera raccomandata e/o PEC (posta elettronica certificata), precisando i Beneficiari per i quali viene effettuata la revoca o la modifica.

In caso di più Beneficiari designati, le somme liquidate per il decesso dell'Assicurato sono ripartite in parti uguali, salvo diversa indicazione del Contraente.

In caso di scelta NUCLEO FAMILIARE, non è consentita la designazione di Beneficiari.

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

Se la morte avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al 10% della Somma assicurata, con un massimo di € 10.000.

1) Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida l'Indennizzo previsto per Decesso da Infortunio, in caso di Stato Comatoso Irreversibile causato da Infortunio indennizzabile a termini di contratto.

La Società liquida l'Indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che confermi il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo ininterrotto di 180 giorni come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente. La Società liquida l'Indennizzo come previsto nell'Art. 5.8.2 *Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.2 - Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari

Forma di copertura

Sono indennizzabili gli Infortuni subiti dall'Assicurato in base alla Forma di copertura scelta:

A) TEMPO LIBERO E LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza. Se l'Assicurazione opera a NUCLEO FAMILIARE, la professione dichiarata è quella più rischiosa tra quelle di tutti gli Assicurati che compongono tale nucleo; in ogni caso l'Assicurazione non comprende gli Infortuni subiti durante lo svolgimento di attività assicurabili con Patto speciale elencate nell'ALLEGATO TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI;
- nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

B) LAVORO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento dell'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa di Polizza. Sono compresi gli infortuni che si verificano durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa.

Se l'Assicurazione opera a NUCLEO FAMILIARE, la professione dichiarata è quella più rischiosa tra quelle di tutti gli Assicurati che compongono tale nucleo; in ogni caso l'Assicurazione non comprende gli Infortuni subiti durante lo svolgimento di attività assicurabili con Patto speciale elencate nell'ALLEGATO TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI.

C) TEMPO LIBERO

L'Assicurazione vale per gli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento di attività non professionali. Sono compresi gli infortuni subiti durante il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di svolgimento dell'attività professionale e viceversa. Se l'Assicurato appartiene ai corpi militari e/o forze dell'ordine, sono esclusi gli Infortuni subiti, durante l'orario non lavorativo, nello svolgimento di interventi effettuati nel rispetto delle funzioni istituzionali.

Eventi considerati come infortuni ⁹

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura scelta, sono considerati Infortuni anche i seguenti eventi:

- a. l'asfissia non dipendente da malattia;
- 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, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- d. i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e. l'annegamento;
- f. l'assideramento e il congelamento;
- g. le rotture sottocutanee dei tendini. L'Invalidità Permanente da Infortunio è liquidata come previsto nell'Art. 5.4 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini. Esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle garanzie Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e Diaria da Ricovero Base o Plus, se acquistate;
- h. le ernie addominali da Sforzo, escluso ogni altro tipo di ernia. L'Invalidità Permanente da Infortunio è liquidata come previsto nell'Art. 5.5 Criteri di valutazione delle ernie addominali da Sforzo. La copertura è limitata alle garanzie Invalidità Permanente da Infortunio, Decesso da Infortunio, Diaria da Ricovero Base o Plus, se acquistate;
- i. le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j. le lesioni muscolari determinate da Sforzo;
- k. gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- l. gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- m. le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua.

Estensioni della copertura a Rischi particolari

Sono indennizzabili anche gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile, l'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato a causa di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano. L'estensione opera per 14 giorni dall'inizio di tali eventi e purché l'Assicurato sia stato sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trovi nello stato estero.

2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato in occasione di tumulti popolari (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile), Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale purché l'Assicurato non vi abbia partecipato attivamente (salvo il caso di legittima difesa).

3) Rischio Volo

L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero, su Aeromobili da chiunque eserciti. **Non sono indennizzabili i Sinistri avvenuti su Aeromobili gestiti da:**

- società/aziende di Lavoro aereo per i voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- Aeroclub.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili. Per l'operatività dell'Assicurazione il viaggio aereo comincia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude nel momento in cui l'Assicurato è sceso.

4) Rischio Sport del tempo libero

Limitatamente alle sole Forme di copertura "Tempo libero e lavoro" e "Tempo libero", l'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero.



DUBBI

9 In caso di eventi particolari come colpi di sole, annegamento, avvelenamento causato dalla puntura di un insetto la copertura assicurativa opera?

Considerato che questi casi possano dar luogo a dubbi rispetto alla classica nozione di Infortunio - con cui si identifica un evento dovuto ad una causa fortuita, violenta ed esterna che provochi morte, invalidità permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto - vengono espressamente equiparati all'Infortunio e, quindi, compresi nella copertura assicurativa.

5) Rischio Sport agonistici

In caso di scelta PERSONA, nelle sole forme di coperture "Tempo Libero e Lavoro" o "Tempo Libero", l'Assicurazione opera per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport agonistici, limitatamente alle seguenti garanzie, se acquistate:

a) **Invalidità Permanente da Infortunio**, copertura pari al 50% della Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza, con un massimo di € 250.000.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente da Infortunio è determinato come previsto nell'Art. 5.3 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente* o nell'Art. 5.3.1 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri*. L'Indennizzo è liquidato:

- con l'applicazione di una **Franchigia del 5%**, come previsto nell'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo*, lettera A) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, in presenza di Franchigia 5%, 3%, Progressiva 3%, Unipolsai Plus;
- con l'applicazione di una **Franchigia del 10%**, come previsto nell'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo*, lettera E) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, in caso di scelta della Franchigia 10%;
- con l'applicazione di una **Franchigia del 30%**, come previsto nell'Art. 5.6.3 *Tabella di Indennizzo Franchigia 30%*, delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, in caso di scelta della Franchigia 30%;

b) **Decesso da Infortunio**, copertura pari al 50% della Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza, con un massimo di € 250.000;

c) **Rimborso spese mediche**, copertura pari al 50% della Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza, con un massimo di € 10.000.

La garanzia opera esclusivamente in conseguenza di Infortunio che abbia comportato per le prime cure il ricorso a strutture sanitarie accreditate di primo soccorso. Per le prestazioni in Strutture Sanitarie non convenzionate con UniSalute, viene applicato uno Scoperto del 10% con il minimo di € 200.

Le spese a carattere riabilitativo e fisioterapico sono prestate fino al 20% del sottolimito previsto per il rimborso delle Spese mediche come dal presente punto c).

d) **Diaria da Ricovero (Base o Plus)**, copertura pari al 50% della Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza, con un massimo di € 100;

In caso di scelta NUCLEO FAMILIARE vale quanto previsto nell'Art. 2.8 *Ripartizione delle Somme Assicurate in base alla scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE*, punto 5).

Indipendentemente dalla scelta effettuata (PERSONA/NUCLEO FAMILIARE) non operano mai le supervalutazioni né le garanzie previste dai seguenti articoli:

- Art. 2.5.4 *Diaria da Immobilizzazione*
- Art. 2.5.6 *Diaria da ricovero prolungato da Infortunio*
- Art. 2.6.4 *Invalidità Permanente da Danno estetico*
- Art. 2.6.5 *Supervalutazione specifica per parti anatomiche*
- Art. 2.6.3 *Tabella di Liquidazione SUPER*.

6) Rischio eventi naturali catastrofici

Le garanzie Decesso da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio, se acquistate, operano anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato a causa di: Terremoti (a parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile), eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto è determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.

Per la garanzia Invalidità Permanente, se acquistata, l'Indennizzo è determinato sulla base dei criteri previsti dall'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo*, lettera E), salvo in caso di scelta Franchigia 30%: in quest'ultimo caso si farà riferimento dall'Art. 5.6.3 *Tabella di Indennizzo Franchigia 30%*.

Art. 2.3 - Delimitazioni¹⁰

I Massimali e le Somme assicurate indicati nelle Condizioni di Assicurazione e nella Posizione assicurativa rappresentano il limite massimo di Indennizzo per Sinistro.

Inoltre, quando viene precisato che operano per Annualità Assicurativa, la somma degli Indennizzi relativi a uno o più Sinistri verificatisi in una determinata Annualità Assicurativa non può superare tali importi.

Cosa NON assicura

Art. 2.4 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non ha la necessaria abilitazione.
L'Assicurazione opera tuttavia nel caso di:
 - abilitazione scaduta ma rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite in seguito al Sinistro;
 - Infortuni subiti dai minori assicurati alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto nell'Art. 2.1 *Garanzie Base - Estensioni della copertura a Rischi particolari*, punto 3) Rischio volo;
- c) pratica di Sport professionistici;
- d) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport ad alto rischio, salvo quanto previsto dalla condizione specifica dell'Art. 2.6.6 *Sport ad alto rischio*, se acquistata;
- e) regate transoceaniche;
- f) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport motoristici e/o motonautici, salvo quanto previsto dalla condizione specifica dell'Art. 2.6.7 *Sport motoristici e motonautici*, se acquistata;
- g) pratica anche occasionale e a qualsiasi titolo di Sport aerei, salvo quanto previsto dalla condizione specifica dell'Art. 2.6.8 *Sport aerei*, se acquistata;
- h) guida e uso di mezzi subacquei;
- i) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) Ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli;
- k) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- l) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto nell'Art. 2.1 *Garanzie Base - Estensioni della copertura a Rischi particolari*, punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero e punto 2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;
- m) 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);
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non necessari in conseguenza di Infortunio;
- o) azioni o comportamenti dell'Assicurato causati da:
 - infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson.
 - alcolismo cronico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- p) infarto e ictus determinati da qualsiasi causa;
- q) infezioni da HIV e da epatiti virali contratte in seguito a Infortunio indennizzabile;
- r) svolgimento delle Attività Professionali previste nell'elenco delle Attività Assicurabili con Patto speciale, indicate nell'Allegato Tabella delle attività professionali delle Condizioni di Assicurazione (salvo diversa indicazione presente nella Posizione assicurativa di Polizza).

Per gli Assicurati appartenenti alle Forze dell'Ordine/Corpi Militari, sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni subiti durante:

- s) missioni all'estero;
- t) lo svolgimento delle seguenti attività, anche se rientranti tra le mansioni del corpo di appartenenza:
 - paracadutismo;
 - attività subacquee in genere;
 - scalata di rocce o di ghiacciai;
 - pilota o membro dell'equipaggio di Aeromobili;
 - speleologia.

Come personalizzare ¹¹

Art. 2.5 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può acquistare una o più Garanzie Supplementari tra quelle di seguito proposte. La garanzia opera se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza e se sia stato pagato il relativo Premio.



DUBBI

10 Cosa si intende quando una garanzia indica un limite massimo per sinistro ed un limite massimo per Annualità assicurativa?

In caso di sinistro, la somma massima che ti viene indennizzata è pari all'importo del limite massimo stabilito per il sinistro. Per cui, se il danno che hai subito supera l'ammontare del limite massimo, la parte in eccesso non ti viene liquidata.

Inoltre, se nello stesso anno ti accadono più Sinistri, la somma degli indennizzi non potrà essere superiore al limite massimo per Annualità assicurativa.

Esempio: garanzia con un limite massimo per sinistro di € 6.000 e limite annuale di € 10.000:

- primo sinistro: indennizzabile per € 7.000; liquidazione effettiva € 6.000 in quanto è stato superato il limite per sinistro;
- secondo sinistro accaduto nella medesima Annualità assicurativa del precedente: € 6.000; liquidazione effettiva € 4.000 in quanto è stato superato il limite per Annualità assicurativa.



DUBBI

11 È possibile personalizzare la copertura assicurativa?

Sì, poiché ogni Cliente ha le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.

A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari e Condizioni Specifiche che ampliano la copertura assicurativa o permettono di personalizzare alcuni sottolimiti e Franchigie / Scoperti.

Art. 2.5.1 - Sostegno e Protezione

Nei limiti delle Somme assicurate ed a seguito di Sinistro indennizzabile a termini di contratto, la Società estende l'Assicurazione alle seguenti coperture.

Protezione della persona

1) Indennità forfettaria per Stato Comatoso

Se l'Assicurato subisce un Infortunio che ha come conseguenza lo Stato Comatoso, la Società liquida un Indennizzo forfettario di € 10.000, come previsto nell'Art. 5.8.3 Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

L'Indennizzo aggiuntivo viene liquidato se lo Stato Comatoso è iniziato entro e non oltre 5 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio e permane trascorsi 5 giorni dalla data di insorgenza così come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

La giornata di insorgenza e la giornata di termine dello Stato Comatoso sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora dell'insorgenza e del termine dello stesso. Se l'Assicurato si risveglia dallo Stato Comatoso, la Società rinuncia al recupero degli indennizzi già liquidati.

2) Indennizzo aggiuntivo per Morte da circolazione

La Società liquida un Indennizzo forfettario di €50.000, in aggiunta alla Somma assicurata per la garanzia Decesso da Infortunio, in caso di Infortunio mortale subito dall'Assicurato in qualità di:

- CONDUCENTE di autovetture, motocicli, ciclomotori, natanti ad uso privato, motocarri ed autocarri adibiti al trasporto di cose per conto proprio e velocipedi. Il Conducente deve essere abilitato secondo le disposizioni vigenti.
- TRASPORTATO, su veicoli abilitati al trasporto di persone (pubblici e/o privati); nel caso di veicoli destinati al trasporto di cose, la garanzia è valida solo se l'Assicurato si trova all'interno della cabina di guida;
- PEDONE, investito da qualsiasi veicolo.

Per gli Infortuni conseguenti ad eventi naturali catastrofici, all'Indennizzo aggiuntivo non si applicano le limitazioni dell'Art. 2.1 Garanzie Base, Estensioni di garanzia, punto 6) Rischio eventi naturali catastrofici.

3) Sostegno e sicurezza

La Società riconosce in caso di Infortunio indennizzabile e conseguente a:

- a) scippo, rapina, tentata rapina, tentato sequestro, estorsione, i seguenti indennizzi:
 - in caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, l'Indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio aumentato del 30%;
 - in caso di morte, la Somma assicurata per il caso Decesso da Infortunio aumentata del 30% ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi in parti uguali;
- b) violenza fisica, purché sia stata accertata da un referto medico del Pronto Soccorso e sia stata denunciata alle autorità competenti, un Indennizzo forfettario di € 2.000 per Annualità Assicurativa.

4) Adattamento dell'abitazione

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato ha come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% e diventa necessario far realizzare adattamenti alla sua abitazione abituale che gli consentano di continuare ad abitarla (per esempio: installazione rampe di accesso, allargamento porta, ecc.), la Società riconosce un Indennizzo forfettario pari a € 10.000 per Annualità Assicurativa.

5) **Adattamento dell'autovettura**

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato ha come conseguenza una **Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%** e diventa necessario far realizzare adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società riconosce un Indennizzo forfettario pari a € 2.500 per Annualità Assicurativa.

Protezione della famiglia

6) **Supervalutazione futuro protetto**

Se, in conseguenza di uno stesso evento, si verificano la morte dell'Assicurato e quella del coniuge o convivente more uxorio, anche non assicurato con la presente Assicurazione, le quote di indennità dovute ai figli minori o portatori di handicap dell'Assicurato vengono raddoppiate. In ogni caso, **il maggiore esborso della Società non può comunque superare l'importo complessivo di € 200.000 per Sinistro.**

7) **Perdita anno scolastico**

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato minorenni ha come conseguenza l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, come previsto dalle disposizioni ministeriali vigenti, la Società liquida un Indennizzo forfettario di € 2.500 per Annualità Assicurativa.

La garanzia opera:

- per gli Assicurati minorenni che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria italiane o straniere presenti sul territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- **a seguito di certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi** che attesta come l'assenza dalle lezioni abbia determinato la perdita dell'anno scolastico;
- **a seguito di certificato medico** che attesta come l'assenza dalle lezioni sia stata diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

8) **Rimborso spese mediche per minori non assicurati**

Se l'Infortunio subito da un figlio non assicurato di età inferiore a 2 anni ha come conseguenza una Invalidità Permanente, la Società riconosce ai genitori, **purché entrambi assicurati** nello stesso contratto alla data dell'evento, il Rimborso delle spese di cura come previsto dall'Art. 2.5.2 *Rimborso spese mediche*, e fino ad un massimo di € 10.000 per Annualità Assicurativa. **Tali spese devono essere sostenute nei due anni successivi all'Infortunio.**

9) **Invalidità Permanente minorenni Assicurati**

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato minorenni ha come conseguenza una Invalidità Permanente, la Società liquida l'Indennizzo dovuto per la garanzia Invalidità Permanente, aumentato del 50%.

Art. 2.5.2 - Rimborso spese mediche^{12 13}

In caso di Infortunio, subito durante l'operatività dell'Assicurazione, la Società rimborsa le spese di cura sostenute dall'Assicurato, non oltre i due anni successivi all'Infortunio per:

- a) accertamenti diagnostici;
- b) onorari per visite con medici generici e/o specialisti e, nel caso di Intervento chirurgico: dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento e gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento (sono esclusi gli apparecchi protesici sostitutivi di quelli già presenti e danneggiatisi in seguito all'Infortunio);
- c) medicinali, trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi eseguiti da medici/paramedici che esercitano professione sanitaria secondo la normativa vigente, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- d) interventi di chirurgia plastica ed estetica, cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre ed eliminare le conseguenze di un danno estetico dovuto dall'Infortunio;
- e) rette di degenza;
- f) acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche o altri presidi e/o tutori prescritti dai sanitari per facilitare il processo di guarigione;
- g) protesi dentarie, limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi o danneggiati e purché la protesi sia applicata non oltre due anni dalla data del Sinistro. Sono escluse le protesi dentarie sostitutive di quelle già presenti e danneggiatesi in seguito all'Infortunio. Resta inoltre sempre escluso il Rimborso delle spese per le cure odontoiatriche e le parodontopatie non necessarie a seguito dell'Infortunio;
- h) trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari, compreso l'elisoccorso, specificatamente adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura e/o ambulatorio entro il 50% della Somma assicurata.



DUBBI

12 Come faccio a sapere quali sono Strutture sanitarie della rete convenzionata con UniSalute?

Per conoscere l'elenco delle Strutture Convenzionate e dei medici convenzionati puoi consultare il sito www.unisalute.it.



DUBBI

13 Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in strutture convenzionate?

Se scegli di usufruire delle prestazioni in Strutture Convenzionate ottieni diversi vantaggi:

- non devi preoccuparti di prenotare un medico qualificato, in quanto la prenotazione viene effettuata da UniSalute;
- hai diritto al Rimborso nel limite massimo di indennizzo per Annualità assicurativa pari alla somma assicurata indicata in Polizza aumentata di 1.000 €;
- al Sinistro non vengono applicati Scoperti eventualmente previsti.

La Società rimborsa le spese di cura con le seguenti modalità:

1) **Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute**

Se l'Assicurato ricorre ad una Struttura Sanitaria Convenzionata, ha diritto al Rimborso delle spese sostenute. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza aumentata di € 1.000. In questo caso non viene applicato alcuno Scoperto.

2) **Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute**

Se l'Assicurato ricorre ad una struttura sanitaria non convenzionata, privata o pubblica, ha diritto al Rimborso delle spese sostenute. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza. In questo caso viene applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 50 e con il massimo di € 250 per ogni Infortunio.

3) **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Se l'Assicurato ricorre a prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, fornite in forma diretta o indiretta, oppure ad altre forme di assistenza sanitaria (enti mutualistici, casse sanitarie di assistenza ecc.), ha diritto al Rimborso dei ticket e delle spese sanitarie rimaste a suo carico. Il limite massimo di Indennizzo per Annualità Assicurativa è pari alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza aumentata di € 1.000. In questo caso non viene applicato alcuno Scoperto.

Nel corso dell'Annualità Assicurativa, la Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa di Polizza è unica per le prestazioni indicate ai punti 1), 2) e 3). L'Assicurato quindi può ottenere l'aumento di € 1.000 dell'Indennizzo, previsto ai punti 1) e 3), presso le Strutture convenzionate con UniSalute, solo dopo aver esaurito la Somma assicurata indicata in Polizza.

Art. 2.5.3 - Diaria da Ricovero

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme -BASE o PLUS - a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Posizione Assicurativa di Polizza:

a) **Diaria da Ricovero BASE**¹⁴

La garanzia opera in caso di Ricovero in Istituto di Cura, anche in regime di Day Hospital, reso necessario da Infortunio. La copertura vale nei limiti dell'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa.



DUBBI

14 Come funziona il calcolo dell'indennizzo in caso di Ricovero in Istituto di Cura?

Ricovero in Istituto di Cura: 15 giorni [inclusi il giorno di ricovero e quello di dimissione]

Somma Assicurata: 50 € per giorno di degenza

Importo liquidato: 14 giorni x 50 € = 700 € [per il calcolo delle giornate di degenza non viene considerato il giorno di dimissione]

In caso di Infortunio e ricovero avvenuti fuori dai confini della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino:

Somma Assicurata: 75 € [aumento del 50% della somma prevista in polizza]

Importo liquidato: 14 giorni x 75 € = 1.050 € [per il calcolo delle giornate di degenza non viene considerato il giorno di dimissione].

La Società liquida all'Assicurato a seguito di guarigione clinica ultimata:

- l'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa **per ogni giorno di Ricovero;**
- il 50% dell'indennità indicata nella Posizione assicurativa **per ogni giorno di degenza** in regime di Day-Hospital.

L'indennità viene liquidata **per un massimo di 365 giorni per ogni Infortunio.**

Non è considerato giorno di Ricovero il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.

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

b) Diaria da Ricovero PLUS

Oltre a quanto previsto alla lettera a), la Società liquida una Diaria da Convalescenza, per un importo giornaliero e una durata pari a quella del Ricovero o del Day-Hospital **purché la degenza sia stata di almeno due giorni consecutivi.** La Garanzia opera per un periodo massimo aggiuntivo **di 90 giorni per Infortunio, senza obbligo di certificato medico.**

Non è considerato giorno di Ricovero, il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.

Per entrambe le forme indicate ai precedenti punti a) e b) i giorni indennizzabili vengono calcolati senza l'applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 2.5.4 - Diaria da Immobilizzazione

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme - BASE O PLUS - a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Posizione assicurativa di Polizza:

a) Diaria da Immobilizzazione BASE

Se l'Infortunio ha come conseguenza una **frattura scheletrica radiologicamente accertata e per la quale diventa necessaria una Immobilizzazione, applicata e rimossa esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico,** la Società liquida l'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa fino alla rimozione del mezzo di contenzione e comunque **per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.**

Nei casi di applicazione di mezzi di contenzione/tutori amovibili e preconfezionati la prestazione è riconosciuta **solo per il periodo indicato sul certificato medico,** durante il quale tali presidi svolgono una funzione immobilizzante. L'indennità verrà comunque prestata **per un periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.**

b) Diaria da Immobilizzazione PLUS

Oltre a quanto previsto alla lettera a), la Società liquida l'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa nei seguenti casi:

- frattura scheletrica radiologicamente accertata per la quale i sanitari non ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione per il periodo risultante dal certificato medico;
- **Infortunio per cui i sanitari non ritengano necessaria l'applicazione di un mezzo di contenzione in assenza di frattura;**
- ustioni di II e III grado, termiche o chimiche, che abbiano interessato almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori o il 18% della intera superficie del corpo e che non abbiano comportato Ricovero in Istituto di Cura, per il periodo risultante dal certificato medico.

In tutti i casi l'indennità viene liquidata per un **periodo massimo di 60 giorni per Infortunio.**

Per entrambe le forme indicate ai precedenti punti a) e b) i giorni indennizzabili vengono calcolati senza applicazione di alcuna Franchigia.

Art. 2.5.5 - Inabilità Temporanea

La garanzia è prestata in una delle seguenti forme - BASE O PLUS - a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Posizione Assicurativa di Polizza:

a) Inabilità Temporanea BASE ¹⁵

La Società liquida, in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Inabilità Temporanea e per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa:

- al 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto svolgere, per totale incapacità fisica, l'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa;
 - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo in parte l'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa.
- Tuttavia, per un periodo massimo di 90 giorni per Annualità Assicurativa, la Società liquida comunque l'indennità giornaliera prevista integralmente se l'Infortunio determina uno o più dei seguenti casi:
- un Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi;
 - più Ricoveri ospedalieri legati allo stesso Sinistro, ciascuno di durata inferiore a 5 giorni consecutivi ma complessivamente superiore a 30 giorni;
 - un'Immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi, escluse quelle riguardanti le dita;
 - una Invalidità Permanente di grado accertato pari o superiore al 15%;
 - un'incapacità fisica totale e/o parziale che si esaurisce entro il termine previsto nel primo certificato, sempre che tale certificato sia stato rilasciato dalla struttura sanitaria accreditata di primo soccorso in cui sono state prestate le prime cure.

b) Inabilità Temporanea PLUS

La Società liquida, in caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Inabilità Temporanea e per la durata massima di 365 giorni per ogni Infortunio, l'indennità giornaliera indicata nella Posizione assicurativa:

- al 100% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto svolgere, per totale o per parziale incapacità fisica, l'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa.

Per entrambe le forme indicate ai precedenti punti a) e b) i giorni indennizzabili vengono calcolati con la detrazione di 7 giorni di Franchigia. Inoltre, dall'8° al 15° giorno l'indennità liquidata non potrà mai essere superiore ad € 50.



DUBBI

15 Come funziona il calcolo dell'indennizzo?

Esempio garanzia Inabilità Temporanea BASE:

Somma Assicurata: 75 €

Inabilità Totale: 20 giorni

Franchigia: 7 giorni

Indennizzo dall'8° al 15° giorno: 50 €

Indennizzo dall'16° al 20° giorno: 75 €

Importo liquidato: (8 giorni x 50 €) + (5 giorni x 75 €) = 775 €.

Tali Franchigie non si applicano quando l'Infortunio comporti:

- un Ricovero in Istituto di Cura pari o superiore a due giorni;
- un Day-Hospital di un giorno con Intervento chirurgico.

Al di fuori dell'Europa, l'Inabilità Temporanea è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite termina dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. 2.5.6 - Diaria da ricovero prolungato da Infortunio

La Società liquida un Indennizzo forfettario per Annualità Assicurativa in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Contratto che comporti per l'Assicurato:

- un Ricovero in Istituto di Cura, di durata superiore a 7 giorni consecutivi;
- più Ricoveri in Istituto di Cura, per una durata complessiva superiore a 30 giorni. I Ricoveri devono essere legati allo stesso Sinistro nel corso di uno stesso Periodo Assicurativo.

L'Indennizzo forfettario è pari a:

- € 2.500
- € 5.000

per Annualità Assicurativa a seconda della scelta indicata nella Posizione assicurativa.

Non è considerato giorno di Ricovero, il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura.

Art. 2.6 - Condizioni Specifiche (a pagamento)

Il Contraente può acquistare una o più Condizioni Specifiche tra quelle di seguito proposte. La condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza e se è stato pagato il relativo Premio.

Modifica tabella di valutazione e Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio¹⁶

Art. 2.6.1 - Tabella di valutazione INAIL

A parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, l'Invalidità Permanente viene stabilita secondo le percentuali indicate nell'Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL.



DUBBI

16 Ho acquistato la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio. A seguito di un'Invalidità Permanente da Infortunio, come viene calcolata la somma che ricevo come indennizzo?

L'importo che riceverai come indennizzo dipende dai criteri che hai scelto in fase di sottoscrizione della polizza:

- Criterio di valutazione: puoi mantenere la Tabella di valutazione BASE o, in alternativa, acquistare la Tabella di valutazione INAIL, che presenta condizioni generalmente migliorative per la valutazione dell'Invalidità Permanente.
- Criterio di indennizzo: puoi mantenere la Tabella di indennizzo o, in alternativa, richiedere la Tabella di liquidazione SUPER, che, a fronte di condizioni migliorative per stabilire l'indennizzo, prevede un supplemento sul Premio di Polizza.
- Franchigia: L'indennizzo è liquidato al netto di una Franchigia pari al 5%. In alternativa, a seconda dell'attività professionale svolta, puoi decidere di acquistare una condizione specifica a scelta tra:
 - Franchigia 3%,
 - Franchigia progressiva da 3% a 10%,
 - Franchigia UnipolSai Plus.

Art. 2.6.2 - Modifica Franchigia Invalidità Permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.1.1 *Invalidità Permanente da Infortunio*, l'Indennizzo per Invalidità Permanente viene liquidato sulla base della scelta effettuata dal Contraente, tra le seguenti:

a) Invalidità Permanente con Franchigia 3%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% non è previsto alcun Indennizzo.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 3%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo quanto previsto all'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo lettera B)* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

b) Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%

L'Indennizzo per la garanzia Invalidità Permanente viene liquidato secondo le seguenti modalità:

- sulla parte di Somma assicurata fino a € 200.000, l'Indennizzo è riconosciuto con applicazione di una Franchigia pari al 3%;
- da € 200.001 e fino a € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è riconosciuto con applicazione di una Franchigia pari al 5%;
- oltre € 400.000 di Somma assicurata l'Indennizzo è riconosciuto con applicazione di una Franchigia pari al 10%.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore alle Franchigie, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo quanto previsto all'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo lettera C)* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

c) Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 5%, l'Indennizzo viene liquidato applicando le percentuali di seguito riportate:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2

Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 5%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo quanto previsto all'Art. 5.6.1 *Tabella di Indennizzo lettera D)* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Modifica tabella di indennizzo

Art. 2.6.3 - Tabella di liquidazione SUPER

A parziale deroga di quanto previsto da:

- Art. 2.1.1 Invalidità Permanente da Infortunio
- Art. 2.6.2 Modifica Franchigia Invalidità Permanente
- Art. 2.7.1 Invalidità Permanente con Franchigia 10%

L'Indennizzo per Invalidità Permanente viene liquidato secondo quanto riportato all'Art. 5.6.2 Tabella di liquidazione SUPER delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Altre estensioni Invalidità Permanente da Infortunio

Art. 2.6.4 Invalidità Permanente da Danno Estetico

La garanzia prevista all'Art. 2.1.1 Invalidità Permanente da Infortunio opera anche per gli infortuni indennizzabili a termini di contratto che abbiano come conseguenza danni estetici permanenti. Per il calcolo dell'Indennizzo, la valutazione percentuale di tali danni viene effettuata sulla base della tabella e dei criteri sottoindicati.

Tabella delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti:

Danni estetici riportati	Grado % di Invalidità Permanente accertato
gravissima deformazione del viso	40%
scotennamento completo	15%
perdita di tutto il naso	30%
perdita di un padiglione auricolare	11%
perdita di un labbro	15%
perdita di un emilabbro	10%
perdita di ambedue le labbra	25%
perdita di un occhio senza la possibilità di protesi estetica	10%
perdita della mandibola	30%
Paralisi totale del nervo facciale: a) monolaterale; b) bilaterale	12% 25%
Esiti cicatriziali al volto: a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione, per ogni 4 centimetri; b) cicatrice a superficie estesa visibile a distanza di conversazione, per ogni cmq.	3% 1%
Esiti cicatriziali al collo, al tronco ed agli arti: cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione, a) fino a 20 cmq. b) da 20 cmq. a 50 cmq. oltre 50 cmq.	da 0% a 5% da 5% a 10% da 10% a 15%
perdita completa di una mammella	15%
perdita di entrambe le mammelle	25%

In caso di cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, la percentuale riconosciuta è al massimo quella prevista per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di più danni estetici permanenti, per il calcolo dell'Indennizzo vengono sommate le percentuali previste per ogni singola menomazione.

La Società non liquida alcun Indennizzo in caso di danni estetici permanenti di grado inferiore o uguale al 5% (10% in caso di presenza di Franchigia 10%).

La Società liquida l'Indennizzo solo per la parte eccedente in caso di danni estetici permanenti di grado superiore al 5% (10% in caso di presenza di Franchigia 10%).

La Società liquida l'Indennizzo senza applicazione di Franchigia in caso di danni estetici permanenti di grado pari o superiore al 25%.

In ogni caso la percentuale della Invalidità Permanente indennizzabile complessiva, compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'Infortunio, non può superare il valore massimo del 100%.

Art. 2.6.5 - Supervalutazione specifica per parti anatomiche

Le percentuali di determinazione dell'Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati all'Art. 5.3 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente* o dall'Art. 5.3.1 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, vengono parzialmente modificate come segue:

Perdita totale anatomica o funzionale di Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente accertato
Un arto superiore	100%
Una mano o un avambraccio	100%
Un pollice	60%
Un indice	60%
Un medio	30%
Un anulare	15%
Un mignolo	15%
Più dita e/o falangi della stessa mano	Max 80%
Un piede	70%
Un occhio	50%
Un orecchio	25%
Ambedue gli orecchi	75%
Perdita totale della voce	60%

Tali percentuali non si applicano in caso di minorazione funzionale di sole falangi o delle dita.

In caso di perdita totale anatomica delle sole falangi, la percentuale di Indennizzo è pari alla metà delle percentuali riconosciute per ogni singolo dito.

In caso di perdite anatomiche o menomazioni funzionali di arti e organi qui non riportate, si applicano le percentuali previste all'Art. 5.3 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente* o all'Art. 5.3.1 *Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Estensioni altri sport

Art. 2.6.6 - Sport ad alto rischio

L'Assicurazione opera anche per gli Infortuni subiti durante la pratica di Sport ad alto rischio, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle relative Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa di Polizza.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente da Infortunio, determinato secondo quanto previsto dall'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, è liquidato con l'applicazione di una Franchigia del 5%, come previsto nell'Art. 5.6.1 Tabella di Indennizzo, lettera A) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia Rimborso spese mediche, se acquistata, vale solo se in caso di Infortunio si è ricorsi per le prime cure ad una struttura sanitaria accreditata di primo soccorso.

A parziale deroga dell'Art. 2.5.2 Rimborso spese mediche, per le prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, viene applicato uno Scoperto del 10% con il minimo non indennizzabile di € 200.

Art. 2.6.7 - Sport motoristici e motonautici

L'Assicurazione opera anche per gli Infortuni subiti durante la pratica di Sport motoristici e/o motonautici, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle relative Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa.

Sono escluse le gare Sprint e Gasstrack, e quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster, Stock-car e gare di Off Shore.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente da Infortunio, determinato secondo quanto previsto dall'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri è liquidato con l'applicazione di una Franchigia del 10%, come previsto nell'Art. 5.6.1 Tabella di Indennizzo, lettera E) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.6.8 - Sport aerei

L'Assicurazione opera anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato derivanti dalla pratica di Sport aerei, svolti sia nel tempo libero che in forma agonistica, nei limiti delle garanzie e delle relative Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa.

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente da Infortunio, determinato secondo quanto previsto dall'Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o dall'Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri è liquidato con l'applicazione di una Franchigia del 10%, come previsto nell'Art. 5.6.1 Tabella di Indennizzo, lettera E) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.7 - Condizioni specifiche (con sconto)

Il Contraente può acquistare le Condizioni Specifiche di seguito proposte. La condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza.

Art. 2.7.1 - Invalidità Permanente con Franchigia 10%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 10% non è previsto alcun indennizzo. Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 10%, l'Indennizzo viene liquidato in misura percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente secondo quanto previsto all'Art. 5.6.1 Tabella di Indennizzo lettera E) delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Art. 2.7.2 - Invalidità Permanente con Franchigia 30%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 30% non è previsto alcun Indennizzo. Per l'Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, l'Indennizzo viene liquidato in misura

percentuale della Somma assicurata per Invalidità Permanente, secondo quanto previsto all'Art. 5.6.3 *Tabella di Indennizzo Franchigia 30%* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Come assicura

Art. 2.8 - Ripartizione delle Somme Assicurate in base alla scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

La Società, secondo quanto previsto dall'Art. 1.17 *Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE*, presta le garanzie di questa Sezione nei limiti delle Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa secondo le seguenti regole:

PERSONA

Nel caso di scelta PERSONA, le garanzie operano a favore dell'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa e nei limiti delle Somme assicurate.

NUCLEO FAMILIARE ¹⁷

Nel caso di scelta NUCLEO FAMILIARE, le garanzie operano a favore del Capofamiglia, dei suoi Familiari e delle persone eventualmente indicate nominalmente nella Posizione assicurativa con le seguenti modalità:

- 1) le Somme assicurate indicate nella Posizione assicurativa sono prestate globalmente e per Annualità Assicurativa, a favore di tutte le persone Assicurate;
- 2) per ogni persona Assicurata, le Somme sono prestate fino ad un massimo del 50% di quelle indicate nella Posizione assicurativa ed alle quali vengono applicati i criteri di Indennizzo previsti per ciascuna garanzia;
- 3) se in corso di contratto, il NUCLEO FAMILIARE si riduce ad una sola persona, anche per effetto dell'Art. 1.5 *Cessazione dell'Assicurazione per limite d'Età*, nei confronti di quest'ultima gli eventuali indennizzi vengono calcolati secondo le somme indicate nella Posizione assicurativa per l'intero NUCLEO FAMILIARE;
- 4) in caso di evento in cui vengono coinvolte più persone Assicurate, le Somme indicate nella Posizione assicurativa vengono equamente suddivise secondo il numero degli Assicurati coinvolti nell'evento, in base a quanto stabilito dai criteri di Indennizzo operanti per ciascuna garanzia;
- 5) in caso di pratica di Sport agonistici i massimi indennizzi previsti ai punti 2), 3) e 4) vengono ridotti del 50% per ogni Assicurato.



DUBBI

17 Come viene ripartita la Somma assicurata in caso di scelta Nucleo Familiare?

La Somma assicurata è unica per Nucleo Familiare, ciascun componente ha diritto al 50% della stessa. Se un evento coinvolge più componenti la somma è suddivisa in parti uguali.

Esempio:

Somma Assicurata Invalidità Permanente: 300.000 € N°. componenti Nucleo Familiare: 4

Somma assicurata per ciascuno se l'evento colpisce 1 componente: 150.000 € (perché la Somma assicurata per l'intero Nucleo Familiare viene prestata fino al 50%);

Somma assicurata per ciascuno se l'evento colpisce 2 componenti: 150.000 € (perché la Somma assicurata per l'intero Nucleo Familiare viene divisa equamente);

Somma assicurata per ciascuno se l'evento colpisce 3 componenti: 100.000 € (perché la Somma assicurata per l'intero Nucleo Familiare viene divisa equamente);

Somma assicurata per ciascuno se l'evento colpisce tutti i componenti: 75.000 € (perché la Somma assicurata per l'intero Nucleo Familiare viene divisa equamente).

Art. 2.9 - Massimale catastrofale

Se lo stesso evento colpisce contemporaneamente più persone Assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo della Società per il Sinistro non può comunque superare l'importo massimo di € 5.000.000.

Se gli Indennizzi liquidabili ai termini di Contratto superano nel loro complesso tale importo, questi vengono proporzionalmente ridotti.

Art. 2.10 - Rinuncia alla rivalsa

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

Art. 2.11 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.2 Forma di copertura, Eventi considerati come Infortuni e Estensioni a Rischi particolari punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzie base

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Invalità Permanente da Infortunio	Invalità Permanente da Infortunio	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera A).	Franchigia 5%. Nessuna Franchigia per Invalità Permanente maggiore o uguale a 20%.
	Rischio sport agonistici	Entro il 50% della Somma assicurata con il massimo di € 250.000	Franchigia 5%/10%/30%.
	Rischio eventi naturali catastrofici	Entro il 50% della Somma assicurata	Franchigia 10%/30%
Decesso da Infortunio	Rimpatrio salma (se la morte avviene all'estero)	10% Somma assicurata per la garanzia Decesso con il massimo rimborso di € 10.000	Non previsti
	Stato Comatoso irreversibile	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa per la garanzia Decesso da Infortunio	Non previsti
	Rischio sport agonistici	Entro il 50% della Somma assicurata	Non previsti
	Rischio eventi naturali catastrofici	Entro il 50% della Somma assicurata	Non previsti

Garanzie Supplementari

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Sostegno e Protezione	Indennità forfettaria per Stato Comatoso	€ 10.000	Entro 5 giorni dalla data di accadimento del Sinistro e permanenza di almeno 5 giorni
	Indennizzo per Morte da circolazione	€ 50.000	Non previsti
	Sostegno e sicurezza: Scippo, rapina, sequestro, estorsione	- In caso di Invalidità Permanente da Infortunio pari o superiore al 60%: Indennizzo aumentato del 30%; - In caso di Decesso da Infortunio: Indennizzo aumentato del 30%.	Non previsti
	Sostegno e sicurezza: violenza fisica	€ 2.000 per Annualità Assicurativa in presenza di querela e referto medico del Pronto Soccorso	Non previsti
	Adattamento dell'Abitazione	In caso di Invalidità Permanente da Infortunio pari o superiore al 60%: € 10.000 per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Adattamento dell'autovettura	In caso di Invalidità Permanente da Infortunio pari o superiore al 60%: € 2.500 per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Supervalutazione futuro protetto	Raddoppio delle Somme assicurate per Decesso con il massimo di € 200.000, in caso di Morte dell'Assicurato e coniuge o convivente more uxorio	Non previsti
	Perdita anno scolastico	Indennizzo forfettario pari a € 2.500	Non previsti
	Rimborso spese mediche per minori non assicurati	Massimo € 10.000 per spese sostenute entro due anni dall'Infortunio	Non previsti
	Invalidità Permanente minorenni assicurati	Indennizzo aumentato del 50%	Non previsti

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Rimborso spese mediche	Rimborso spese mediche	In caso di utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate UniSalute o del Servizio Sanitario Nazionale: aumento della Somma assicurata di € 1.000, per Annualità Assicurativa. Trasporto dell'Assicurato con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico da e verso l'Istituto di Cura: entro il 50% della Somma assicurata.	In caso di Strutture Sanitarie non Convenzionate con UniSalute: Scoperto 10% con il minimo di € 50 e il massimo di € 250 per ogni Infortunio
	Rischio sport agonistici	50% della Somma assicurata, con il massimo di € 10.000. Spese a carattere riabilitativo e fisioterapico: massimo 20% del sottolimito del rimborso Spese mediche.	Per prestazioni in Strutture Sanitarie non convenzionate Scoperto 10% con il minimo di € 200
Diaria da Ricovero	Diaria da Ricovero BASE	- In caso di Ricovero Day-Hospital: 50% della Somma assicurata; - In caso di Ricovero all'estero: aumento della Somma assicurata del 50%. Massimo 365 giorni per evento.	Non previsti
	Diaria da Ricovero PLUS	Oltre a quanto previsto nella Diaria da Ricovero BASE: - Diaria da Convalescenza per importo giornaliero e durata pari a quella del Ricovero o Day-Hospital. Massimo 90 giorni per evento.	Degenza di almeno 2 giorni consecutivi
	Rischio sport agonistici	- Per Diaria da Ricovero BASE: 50% della Somma assicurata, con il massimo di € 100; - Per Diaria da Ricovero PLUS: 50% della Somma assicurata, con il massimo di € 100.	Non previsti

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Diaria da Immobilizzazione	Diaria da Immobilizzazione BASE	Massimo 60 giorni per evento	Non previsti
	Diaria da Immobilizzazione PLUS	Per fratture scheletriche senza mezzo di contenzione, applicazioni di mezzi di contenzione in assenza di frattura, ustioni di II e III grado: massimo 60 giorni per evento	Non previsti
Inabilità Temporanea	Inabilità Temporanea BASE	<p>Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al 100% per ogni giorno di totale incapacità fisica; - al 50% per ogni giorno di parziale incapacità fisica. <p>Massimo 365 giorni per evento.</p> <p>Somma assicurata al 100% e periodo massimo di 90 giorni se:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni consecutivi o più Ricoveri di durata superiore a 30 giorni complessivi; - Immobilizzazione di almeno 20 giorni consecutivi; - Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 15%; - Prime cure prestate da strutture sanitarie accreditate di primo soccorso. 	<p>Franchigia: 7 giorni. Dall'8° al 15° giorno l'Indennità non potrà mai essere superiore a € 50. Nessuna Franchigia in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ricovero di almeno 2 giorni; - Day-Hospital con Intervento chirurgico. <p>L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.</p>

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Inabilità Temporanea	Inabilità Temporanea PLUS	Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa per ogni giorno di totale incapacità fisica.	Franchigia: 7 giorni. Dall'8° al 15° giorno l'Indennità non potrà mai essere superiore a € 50. Nessuna Franchigia in caso di: - Ricovero di almeno 2 giorni; - Day-Hospital con Intervento chirurgico. L'Inabilità Temporanea al di fuori dell'Europa è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero. Tale limite cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.
Diaria da ricovero prolungato da Infortunio	Diaria da ricovero prolungato da Infortunio	Indennizzo forfettario: € 2.500/€ 5.000 se l'Infortunio comporta per l'Assicurato: - Ricovero in Istituto di cura di durata superiore a 7 giorni consecutivi; - Più Ricoveri in Istituto di cura di durata complessiva superiore a 30 giorni.	Non previsti

Condizioni specifiche

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Invalidità Permanente con Franchigia 3%	Invalidità Permanente con Franchigia 3%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera B)	Franchigia 3%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%	Invalidità Permanente con Franchigia progressiva da 3% a 10%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera C)	Franchigia progressiva sulla Somma assicurata: - Fino a € 200.000: Franchigia 3%; - Da € 200.001 a € 400.000: Franchigia 5%; - Oltre € 400.000: Franchigia 10%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus	Invalidità Permanente con Franchigia UnipolSai Plus	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera D)	Franchigie ridotte per i primi 5 punti di Invalidità Permanente. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
Invalidità Permanente con Franchigia 10%	Invalidità Permanente con Franchigia 10%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera E)	Franchigia 10%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
Invalidità Permanente con Franchigia 30%	Invalidità Permanente con Franchigia 30%	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.3. Se Invalidità permanente pari o superiore a 31%, l'Indennizzo è previsto al 100%.	Franchigia 30%. Nessuna Franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 31%.
Invalidità Permanente da Danno Estetico	Invalidità Permanente da Danno Estetico	Fino al 100% della Somma assicurata per Invalidità Permanente	Franchigia 5%. Nessuna franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 25%.

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Sport ad alto rischio	Invalidità Permanente	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera A)	Franchigia 5%. Nessuna franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
	Rimborso spese mediche	Solo se l'Assicurato è ricorso ad una struttura di primo soccorso	Per prestazioni in Strutture Sanitarie non convenzionate Scoperto 10% con il minimo di € 200
Sport motoristici e motonautici	Invalidità Permanente	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera E)	Franchigia 10%. Nessuna franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.
Sport aerei	Invalidità Permanente	Fino alla Somma assicurata indicata in Posizione assicurativa. Vedere Tabella di Indennizzo prevista all'Art. 5.6.1 lettera E)	Franchigia 10%. Nessuna franchigia per Invalidità Permanente pari o superiore al 20%.

Cosa assicura

Art. 3.1 - Tutela legale per Infortunio

La Società indennizza le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine, non ripetibili dalla controparte, necessarie per la difesa dei propri interessi in sede extragiudiziale e giudiziale. La copertura vale per le Prestazioni garantite sotto riportate **nei limiti del Massimale indicato nella Posizione assicurativa**.

Le prestazioni garantite sotto riportate operano per le lesioni fisiche, psichiche e/o morali, dovute ad eventi avvenuti successivamente alla data di effetto della Polizza.

Le spese coperte sono:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG;
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato;
- spese di esecuzione forzata, fino a due tentativi per sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione è obbligatoria;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- Spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel Procedimento penale.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio.



DUBBI

18 Posso assicurare esclusivamente le garanzie previste nella Sezione TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO?

No, è necessario l'acquisto di almeno una garanzia della Sezione INFORTUNI.

Prestazioni garantite ^{19 20}

La garanzia opera a tutela dei diritti dell'Assicurato nei seguenti casi:

- a) **Danni subiti:** richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti dall'assicurato per fatti illeciti di terzi, che abbiano provocato un infortunio. È compresa la costituzione di parte civile nel processo penale;
- b) **Malpractice medica:** richiesta di risarcimento danni di natura contrattuale ed extracontrattuale per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'Assicurato nei casi di malpractice medica conseguenti o legati ad Infortunio;
- c) **Controversie contrattuali con le compagnie di assicurazione:** controversie contrattuali con le imprese di assicurazione riferite a polizze Infortuni, Malattia, Rimborso spese mediche, CPI (Credit Protection Insurance) e LTC (Long Term Care), purché il valore in lite sia superiore a € 500. Sono escluse le controversie con UnipolSai;
- d) **Istituti ed enti pubblici di assicurazione:** controversie con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali;
- e) **Controversie contrattuali per gli acquisti di strumenti medicali:** controversie contrattuali per l'acquisto di strumenti od ausili medicali resi necessari a seguito dell'Infortunio purché con valore in lite superiore a € 100;
- f) **Ricorsi contro la Pubblica Amministrazione:** ricorsi a seguito di provvedimenti di diniego o al silenzio in materia di inabilità e invalidità degli assicurati.

Art. 3.2 - Ambito di operatività

Le garanzie operano in caso di Infortunio subito sia nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata in polizza, sia in ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.



RECAPITI

19 Cosa devo fare per usufruire delle prestazioni previste dalla garanzia TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO?

È necessario presentare denuncia scritta ad uno dei seguenti riferimenti:

- all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto;
- alla Società;
- ad ARAG (società cui è affidata la gestione dei Sinistri di Tutela legale) tramite telefono al numero 045.8290411 ed E-MAIL a denunce@arag.it.

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI"
- "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO".



DUBBI

20 Posso farmi assistere da un legale di mia fiducia o devo affidarmi ad un legale scelto da ARAG?

La scelta del legale è libera, quindi è possibile farsi assistere da un legale di fiducia oppure, soltanto in caso non ne avesse, da un legale indicato da ARAG.

Per i dettagli consultare le "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" - "Norme per la Sezione TUTELA LEGALE".

Cosa NON assicura

Art. 3.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a) diritto di famiglia, successioni e donazioni;
- b) materia fiscale o amministrativa;
- c) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- d) fatti dolosi degli Assicurati;
- e) controversie derivanti dalla proprietà di veicoli, Aeromobili, imbarcazioni da diporto e natanti da diporto;
- f) adesione ad azioni di classe (class action);
- g) contratti finanziari, bancari e a polizze RCA;
- h) controversie contrattuali con la Società;
- i) controversie derivanti da prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- j) controversie derivanti da parto o da aborto terapeutico.

Art. 3.4 - Spese non coperte dall'Assicurazione

Se l'assicurato è coinvolto in una Vertenza, la Società non copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG;
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte;
- spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la Transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.

Come assicura

Art. 3.5 - Decorrenza della garanzia

La garanzia opera per i Sinistri insorti:

- a) durante il periodo di effetto della Polizza, in caso di danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato e in caso di violazione o presunta violazione di norme amministrative;
- b) trascorsi 3 mesi dalla data di effetto della Polizza (Carenza), relativamente alle Vertenze contrattuali.

Quando l'Assicurazione è emessa senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio dopo una precedente polizza, le garanzie della presente Assicurazione, se previste anche nel precedente contratto, operano:

- senza la Carenza, se il precedente contratto ha una durata pari o superiore alla Carenza stessa;
- per i Sinistri che il precedente assicuratore ha rifiutato perché denunciati dopo il termine massimo dalla cessazione del contratto, senza contestare il pagamento o l'adeguamento del Premio.

In questo caso, il Contraente/Assicurato in sede di denuncia del Sinistro deve fornire documentazione idonea a comprovare l'esistenza di una copertura precedente di tutela legale.

Art. 3.6 - Insorgenza del Sinistro

L'insorgenza del Sinistro è la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della Vertenza, come:

- a) il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato;
- b) la violazione o presunta violazione del contratto;
- c) la violazione o presunta violazione della legge.

In caso di più eventi dannosi dello stesso tipo, il Sinistro insorge alla data del primo evento dannoso.

La garanzia opera per i Sinistri insorti durante il periodo di validità dell'Assicurazione e denunciati alla Società o ad ARAG entro 2 anni dal termine dell'Assicurazione, secondo quanto previsto all'Art. 5.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato e all'Art. 5.13 Libera scelta del legale della Sezione Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

A tutti gli effetti si considerano come unico Sinistro uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad uno stesso contesto, anche quando coinvolgono più soggetti. La data di insorgenza è quella del primo evento dannoso.

Art. 3.7 - Limiti di copertura

La garanzia opera con i seguenti limiti:

- a) le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio;
- b) se operante la scelta NUCLEO FAMILIARE, in caso di Vertenze fra Assicurati, le garanzie operano unicamente a favore del Capofamiglia;
- c) nelle Vertenze contrattuali con le Imprese di Assicurazione, sono coperte le spese sostenute se il valore in lite è pari o superiore a € 500;
- d) nelle Vertenze contrattuali per l'acquisto di strumenti o ausili medicali, sono coperte le spese sostenute se il valore in lite è pari o superiore a € 100;
- e) se un Assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'assicurato, le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio.

Art. 3.8 - Massimale

La garanzia opera fino ad un massimo di:

- € 40.000 per Annualità Assicurativa, con il limite di € 10.000 per Sinistro;
- € 100.000 per Annualità Assicurativa, con il limite di € 30.000 per Sinistro

a seconda della scelta effettuata dal Contraente ed indicata nella Posizione assicurativa e indipendentemente da quella effettuata in base all'Art. 1.17 Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE.

In caso di più Assicurati coinvolti in un unico Sinistro, la garanzia opera con un unico Massimale che viene equamente suddiviso tra tutti gli Assicurati, indipendentemente dalle spese sostenute da ognuno.

Se un Sinistro non esaurisce il Massimale, il restante viene suddiviso equamente tra gli Assicurati che non hanno ricevuto integrale Indennizzo.

Art. 3.9 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i Sinistri insorti e che devono essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trova:

- nei paesi dell'Unione Europea, nel Regno Unito, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, nel Principato di Monaco, nel Principato di Andorra, in Svizzera e nel Liechtenstein per le garanzie relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e alle Vertenze contrattuali. Solo per i Sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera con un massimo di Rimborso di € 5.000;
- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le Vertenze con Istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali e per i ricorsi contro la Pubblica Amministrazione.

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Tutela legale per Infortunio	Tutela legale per Infortunio	Massimali: <ul style="list-style-type: none">• € 40.000 per Annualità Assicurativa con il limite di € 10.000 per Sinistro;• € 100.000 per Annualità Assicurativa con il limite di € 30.000 per Sinistro. Spese di operazioni di esecuzione forzata: massimo 2 tentativi per Sinistro. Per sinistri insorti e trattati in Paesi diversi da Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera, Liechtenstein e per relative alla richiesta di risarcimento danni subiti contrattuali ed extra contrattuali e Vertenze contrattuali è previsto un massimo esborso di € 5.000.	Non previsti

Cosa assicura

Art. 4.1 - Assistenza per Infortunio

La Società fornisce all'Assicurato Assistenza in caso di difficoltà per il verificarsi di uno dei seguenti eventi, secondo i limiti e le regole indicate.²¹

La Società si avvale di UniSalute per la fornitura delle prestazioni.

Prestazioni fornite in Italia e all'estero

Pareri medici e informazioni

1) Informazioni sanitarie telefoniche

La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di informazione sanitaria per:

- strutture sanitarie pubbliche e private (posizione, specializzazioni);
- farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni);
- preparazione per esami diagnostici;
- profilassi da seguire in caso di viaggi all'estero.

2) Pareri medici immediati

Se, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornisce tramite i propri medici informazioni e consigli richiesti.

Prestazioni fornite in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano

Prima Assistenza nelle urgenze sanitarie

3) Invio di un medico

Se l'Assicurato a causa di Infortunio necessita di un medico nei giorni festivi o dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali e non riesce a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, invia a spese della Società uno dei medici convenzionati. Se i medici convenzionati non possono intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

4) Rientro sanitario con autoambulanza

Se l'Assicurato, dopo il Ricovero di primo soccorso a causa di Infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza per il rientro nel luogo di residenza, la Struttura Organizzativa, sentito il proprio medico, la invia. È a carico della Società la spesa relativa nel limite di Km 300 e € 300 per Sinistro e per Assicurato.



RECAPITI

21 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA PER INFORTUNIO?

Per le prestazioni di Assistenza bisogna rivolgersi preventivamente alla Struttura Organizzativa di UniSalute operativa 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e richiedere l'aiuto necessario:

- al numero verde 800-212477 se in Italia
- al numero +39 051-6389048 se all'estero

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" - "Norme per la Sezione ASSISTENZA PER INFORTUNIO".

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 sanguinamenti endocranici;
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto;
- frattura del bacino

e conseguente Immobilizzazione certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni infermieristiche prescritte dal medico curante all'atto delle dimissioni, la Struttura Organizzativa invia un infermiere convenzionato nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso. È a carico della Società il compenso **fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero.**

Per attivare la garanzia, l'Assicurato deve richiedere alla Struttura Organizzativa la 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 al momento delle dimissioni dall'Istituto di Cura, che comporti la necessità di prestazioni fisioterapiche prescritte dal medico curante all'atto delle dimissioni, la Struttura Organizzativa invia un fisioterapista convenzionato, nei 10 giorni successivi al Ricovero o alla rimozione del gesso. È a carico della Società il compenso **fino ad un massimo di 1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero.**

Per attivare la garanzia, l'Assicurato deve richiedere alla Struttura Organizzativa la prestazione **almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione per tali cure.**

7) **Invio medicinali al domicilio**

Se l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti e non può allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute dovuti a Infortunio, certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa consegna i medicinali prescritti dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato. **È a carico dell'Assicurato solo il costo dei medicinali.** La prestazione viene fornita per massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa. **Sono esclusi i medicinali salva vita.**

8) **Consegna esiti al domicilio**

Se, a seguito di Infortunio, l'Assicurato si è dovuto sottoporre ad accertamenti diagnostici in strutture presenti nella provincia di residenza e non può allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa consegna gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato. **L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il numero telefonico.** **È a carico dell'Assicurato solo il costo degli accertamenti.**

La prestazione viene fornita per massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa.

9) **Prelievo campioni biologici**

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, è impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessita di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificato del medico curante, la Struttura Organizzativa organizza il prelievo presso l'abitazione dell'Assicurato. **È a carico dell'Assicurato solo il costo degli esami e degli accertamenti diagnostici.**

La prestazione viene fornita per massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa.

Assistenza famiglia

10) **Prestazioni di Assistenza sostenute per i figli disabili a seguito di Ricovero per Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni**

In caso di Ricovero per infortunio dell'Assicurato di durata superiore a 5 giorni e per massimo 15 giorni la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato un immediato aiuto per l'assistenza di figli con invalidità superiore al 45%.

La garanzia opera se il Ricovero inizia dopo la data di effetto di Polizza. L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, la quale indica la struttura convenzionata e le possibili prestazioni previste a favore del figlio disabile (a seconda dei casi, ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica).

È a carico della Struttura Organizzativa l'importo giornaliero di € 100 per massimo 15 giorni di Ricovero e per il totale delle prestazioni sopra indicate. Se risulta impossibile fornire le prestazioni tramite strutture convenzionate con Unisalute, la Società rimborsa all'Assicurato fino a € 100 al giorno per massimo 15 giorni per ogni Ricovero.

La garanzia opera a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'Invalidità Permanente del figlio superiore al 45%; per i minorenni è sufficiente il certificato prodotto dall'ASL di competenza, purché completo;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o Dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela tra l'Assicurato e la persona disabile per il quale si chiede l'Indennizzo forfettario, con data e firma olografa dell'Assicurato;
- documentazione attestante il Ricovero dell'Assicurato.

11) **Prestazioni di Assistenza sostenute per familiare non autosufficiente a seguito di Ricovero per Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni**

In caso di Ricovero per infortunio dell'Assicurato di durata superiore a 5 giorni e per massimo 15 giorni la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato tramite rete convenzionata di UniSalute, assistenza domiciliare con invio di un operatore socio-sanitario (OSS) per la persona non autosufficiente. La garanzia opera se il Ricovero inizia dopo la data di effetto di Polizza.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa che invia un operatore socio-sanitario presso il suo domicilio.

Sono a carico della Struttura Organizzativa le relative spese fino a 8 ore al giorno per massimo 15 giorni di Ricovero.

È non autosufficiente il congiunto dell'Assicurato con uno stato clinico consolidato che necessita di assistenza continua e si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente di effettuare da solo almeno parte dei seguenti atti della vita quotidiana:

- a. Lavarsi
- b. Vestirsi e svestirsi
- c. Andare al bagno e usarlo
- d. Spostarsi
- e. Continenza
- f. Nutrirsi

La garanzia opera se all'interno del NUCLEO FAMILIARE dell'Assicurato non sia presente un maggiorenne che possa provvedere alle cure e alle necessità del congiunto non autosufficiente.

La garanzia opera a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, con data e firma olografa dell'Assicurato;
- modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- certificato medico che attesti lo stato di non autosufficienza del congiunto;
- se sia stata attivata nei confronti del congiunto una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione allegata e del relativo esito;
- documentazione attestante il Ricovero dell'Assicurato.

Prestazioni fornite all'estero e di Assistenza in viaggio

12) Trasferimento sanitario in centro medico specializzato

La Struttura Organizzativa organizza il trasporto sanitario dell'Assicurato se a seguito di primo Ricovero per Infortunio o Malattia e secondo il parere della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessita:

- di un Ricovero presso un altro Istituto di Cura più specializzato;
- di un Ricovero presso un Istituto di Cura più vicino alla propria abitazione in Italia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero.

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

- treno in prima classe e se necessario con cuccetta o vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso;
- aereo di linea anche barellato;
- aereo sanitario, limitatamente all'Europa.

In caso di Malattia manifestatasi all'estero, il trasporto sanitario opera se la Malattia è in fase acuta e non è nota all'Assicurato.

È l'équipe medica di UniSalute a decidere se effettuare il trasporto ed il mezzo da utilizzare a seconda delle necessità tecniche e mediche del caso.

La garanzia non opera:

- in caso di infermità e lesioni che, secondo l'équipe medica, o possono essere curate sul posto o non pregiudicano la prosecuzione del viaggio;
- nei casi in cui non si rispettino le norme sanitarie nazionali o internazionali.

13) Invio di medicinali urgenti all'estero

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia verificatasi al di fuori del territorio nazionale, necessita di medicinali irrimediabili sul posto (purché commercializzati in Italia) per la terapia del caso, la Struttura Organizzativa invia i medicinali con il mezzo di trasporto più rapido, nel rispetto delle norme locali sul trasporto degli stessi. Sono a carico della Struttura Organizzativa le relative spese. Mentre è a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali.

Sono esclusi i medicinali salva vita.

14) Rientro anticipato

In caso di pericolo di vita del coniuge, convivente more uxorio, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa organizza il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione.

È a carico della Società il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe).

15) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di Ricovero ospedaliero all'estero per Infortunio o Malattia di durata superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa fornisce un biglietto ferroviario (prima classe) o un biglietto aereo (classe turistica) per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. È a carico della Società il relativo costo. La garanzia opera se non presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

16) Interprete a disposizione all'estero

Se l'Assicurato, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, si trova in difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Struttura Organizzativa invia un interprete. Sono a carico della Società i relativi costi fino a € 500 per evento e per Annualità Assicurativa.

17) Prolungamento del soggiorno

Se a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, il medico curante e l'équipe medica della Struttura Organizzativa ritengono necessaria un'ulteriore permanenza dell'Assicurato sul posto per completare la guarigione, la Società rimborsa le spese d'albergo, fino a € 500 per evento e per Annualità Assicurativa.

18) Rientro di minori

Se a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, i figli minori di anni 15 dell'Assicurato si trovano senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa organizza il rientro al proprio domicilio dei figli dell'Assicurato. Sono a carico della Società le relative spese fino a € 500 per evento e per Annualità Assicurativa.

19) Rientro a seguito di Ricovero ospedaliero

Se l'Assicurato, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, necessita di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizza il rientro dell'Assicurato e di un eventuale parente residente in Italia, fornendo loro un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) se non è necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico. È a carico della Società il costo del biglietto.

20) Trasporto salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, con spese a carico della Società. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

Se le norme locali impongono una sepoltura provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizza il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella, convivente) purché una di queste persone non si trovi già sul posto. La Struttura Organizzativa fornisce i biglietti aerei (classe turistica), o ferroviari (prima classe), e/o altri mezzi idonei per recarsi dalla sua abitazione in Italia fino al luogo in cui avviene la sepoltura e per il ritorno. Sono a carico della Società le relative spese. La Struttura Organizzativa organizza anche il soggiorno in albergo del familiare. Sono a carico della Società le spese d'albergo fino a € 2.000 per evento e per Annualità Assicurativa.

Art. 4.2 - Servizi SiSalute²²

La Società prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute attraverso strumenti digitali e con eventuale supporto informativo degli operatori telefonici di SiSalute.

Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi prestati:

- 1) **Blog**: possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute;
- 2) **Pharma**: possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio;
- 3) **Pharma Checker**: possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; l'Assicurato deve rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
- 4) **Televisita Specialistica**: possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;
- 5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata**: prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia, esclusi ricoveri, interventi chirurgici anche ambulatoriali, visite e prestazioni di odontoiatria) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 18 prestazioni all'anno. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;
- 6) **Chat e Televisita**: possibilità di chattare direttamente e gratuitamente con personale sanitario che è a sua disposizione per rispondere a domande e dare consigli, eventualmente può attivare il servizio Televisita;
"Televisita Specialistica" e "Chat e Televisita" non sono prestazioni di emergenza-urgenza medica per le quali l'Assicurato deve rivolgersi alle strutture pubbliche destinate a tale scopo.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità della copertura questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

I servizi sono erogati, in caso di scelta:

- a PERSONA, a favore dell'Assicurato indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza;
- a NUCLEO FAMILIARE, a favore dell'Assicurato nella sua qualità di Capofamiglia indicato nominalmente nella Posizione assicurativa di Polizza e per uno solo dei suoi Familiari, a sua scelta e da indicare al momento dell'attivazione dei servizi.

Attivazione dei servizi

Per accedere ai servizi SiSalute bisogna registrarsi sull'app di SiSalute. A tale scopo l'Assicurato, o il Capofamiglia e il suo Familiare nella scelta a NUCLEO FAMILIARE, devono poter accedere a internet e possedere una email personale.

Per l'attivazione dei servizi e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Cosa NON assicura

Art. 4.3 - Esclusioni

Relativamente all'Art. 4.1 Assistenza per Infortunio, l'Assicurazione non opera per:

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, Atti di Terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b) eruzioni vulcaniche, Terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- c) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) dolo dell'Assicurato.

Come assicura

Art. 4.4 - Ripartizione delle Somme Assicurate in base alla scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE

Indipendentemente dalla scelta effettuata all'Art. 1.17 Scelta dell'Assicurazione a PERSONA o a NUCLEO FAMILIARE, le Somme Assicurate indicate nelle singole prestazioni si intendono prestate al 100%.

Art. 4.5 - Validità territoriale

L'Assicurazione ha validità territoriale, a seconda delle Prestazioni fornite, come indicato all'Art. 4.1 Assistenza per infortunio.

Le prestazioni previste all'Art. 4.2 Servizi SiSalute operano in Italia.



DUBBI

22 Cosa devo fare per utilizzare i servizi SiSalute?

L'Assicurato può utilizzare i servizi SiSalute tramite l'app di SiSalute.

Per assistenza contattare gli operatori SiSalute, al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Per i dettagli consultare le "NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI" - "Norme per la Sezione ASSISTENZA PER INFORTUNIO".

SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base

Garanzie	Descrizione	Limiti/Sottolimiti	Franchigie/Scoperti
Assistenza per Infortunio	Rientro sanitario con autoambulanza	Entro Km 300 e € 300 per Sinistro e per Assicurato	Non previsti
	Invio di un infermiere a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero	Non previsti
	Invio di un fisioterapista a domicilio	1 ora al giorno per 7 giorni, per Ricovero	Non previsti
	Invio medicinali al domicilio	Massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Consegna esiti al domicilio	Massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Prelievo campioni biologici	Massimo 3 volte per Assicurato e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Prestazioni di Assistenza sostenute per i figli disabili a seguito di Ricovero per Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni	Fino a € 100 al giorno (anche a Rimborso) per un massimo di 15 giorni per Ricovero se Invalidità del figlio superiore al 45%	Non previsti
	Prestazioni di Assistenza sostenute per familiare non autosufficiente a seguito di Ricovero per Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni	Fino a 8 ore al giorno per un massimo di 15 giorni per Ricovero	Non previsti
	Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione	Non previsti	Se Ricovero ospedaliero supera i 10 giorni
	Interprete a disposizione all'estero	Massimo € 500 per evento e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Prolungamento del soggiorno	Massimo € 500 per evento e per Annualità Assicurativa	Non previsti
	Rientro di minori	Massimo € 500 per evento e per Annualità Assicurativa	Se figli minori di anni 15
	Trasporto salma	Massimo € 2.000 per evento e per Annualità Assicurativa	Non previsti

Art. 5.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne comunicazione scritta 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 dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa dell'infortunio, deve:

- avere in allegato certificato medico;
- indicare il luogo, il giorno ed ora dell'Infortunio;
- descrivere dettagliatamente come l'infortunio sia accaduto.

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 necessari.

L'Assicurato deve inoltre sottoporsi in Italia, ad accertamenti, visite e controlli medici richiesti dalla Società e fornire la Documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica, sciogliendo dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.

Relativamente alla **Sezione Infortuni**²³ per le seguenti garanzie valgono queste disposizioni:

- **Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente a favore degli eredi:** in caso di morte dell'Assicurato prima dell'accertamento medico-legale stabilito dalla Società - per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato - gli eredi devono presentare domanda di Indennizzo completa della documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti se non ancora inviata (inclusa la cartella clinica in caso di Ricovero);
- **Inabilità Temporanea:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea. Tale Inabilità decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. Se l'Assicurato non invia i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo è effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. La Società, per la liquidazione dell'indennizzo, può verificare l'adeguatezza dei periodi di Inabilità certificati.
- **Diarìa da Ricovero:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- **Diarìa da Immobilizzazione:** per la liquidazione dell'Indennizzo l'Assicurato deve presentare alla Società la domanda di Indennizzo con la documentazione medica attestante la causa e la durata dell'Immobilizzazione.



ATTENZIONE

23 In caso di Sinistro Infortuni, ai fini dell'Indennizzo, è sufficiente avvisare l'agenzia, fornendo un certificato medico che attesti il decorso delle lesioni?

In caso di Infortunio, non è sufficiente avvisare l'Agenzia fornendo la documentazione sanitaria che certifichi le lesioni e il loro decorso. Per ricevere l'indennizzo l'Assicurato deve sottoporsi anche agli accertamenti medici richiesti dalla Società.

Se l'Assicurato acquista la Garanzia Supplementare Rimborso spese mediche, deve inoltre fornire la documentazione attestante le spese sostenute.

Relativamente alla garanzia **Rimborso spese mediche**, per l'utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute, specificando la prestazione richiesta, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi:

- al numero verde 800 212477 se in Italia;
- al numero +39 051 6389048 se all'estero.

La Centrale Operativa si attiva con la struttura sanitaria per la prenotazione della prestazione e comunica all'Assicurato i dettagli dell'appuntamento.

Se per motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non è possibile ricorrere prima alla Centrale Operativa, le spese sono rimborsate dalla Società secondo quanto previsto all'Art. 5.9.1 *Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute*.

Se l'Assicurato utilizza una Struttura Sanitaria Convenzionata con UniSalute senza avere prima contattato la Centrale Operativa e non potendo così usufruire delle tariffe agevolate, le spese sostenute vengono rimborsate dalla Società secondo quanto previsto all'Art. 5.9.2 *Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati* e all'Art. 2.5.2 *Rimborso spese mediche, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute*.

Relativamente alla **Sezione Tutela legale per Infortunio**, il Contraente o l'Assicurato devono:

- denunciare tempestivamente per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Società o ad ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza (o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 mesi dalla data di cessazione della polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio);
- trasmettere alla Direzione della Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato. In mancanza la Società o ARAG non possono essere considerate responsabili di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Relativamente alla **Sezione Assistenza per Infortunio**, per le prestazioni previste all'Art. 4.1 *Assistenza per Infortunio*, l'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24:

- al numero verde 800 212477 se in Italia;
- e al numero +39 051 6389048 se all'estero.

L'Assicurato deve specificare:

- dati anagrafici della persona per la quale si richiede l'Assistenza;
- dati relativi al luogo dell'eventuale intervento;
- numero di Polizza;
- nome e cognome del Contraente;
- la prestazione richiesta.

La Società o la Struttura Organizzativa possono richiedere, per la liquidazione, ulteriore documentazione oltre a quella contrattualmente prevista.

L'Assicurato deve fornire ogni documentazione attestante il diritto alle prestazioni.

Il mancato rispetto dell'obbligo di avviso può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, secondo quanto previsto dall'Art. 1915 del Codice Civile.

NORME PER LA SEZIONE INFORTUNI

Art. 5.2 - Attività diversa da quella dichiarata

In caso di Sinistro, salvo che per le esclusioni contrattuali, la Società liquida l'Indennizzo:

- integralmente se l'Infortunio è conseguenza dell'attività professionale dichiarata nella Posizione assicurativa o di altra attività professionale purché quest'ultima rientri nella stessa Classe di Rischio o di Rischio minore rispetto a quella dichiarata;
- ridotto di una percentuale come indicato nella tabella sotto riportata, se l'Infortunio è conseguenza di un'attività professionale che è diversa da quella dichiarata nella Posizione assicurativa e che rientra in una Classe di Rischio maggiore rispetto a quella dichiarata.

Attività professionale svolta al momento dell'Infortunio	Attività professionale dichiarata in Polizza		
	Classe A	Classe B	Classe C
Classe A	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe B	-30%	Nessuna riduzione	Nessuna riduzione
Classe C	-50%	-30%	Nessuna riduzione

La classificazione delle attività professionali è indicata nell'Allegato *Tabella delle attività professionali*.

Per la classificazione di attività non specificate nell'elenco si utilizzano criteri di equivalenza o analogia con le attività indicate nella *Tabella delle attività professionali*.

Tale criterio non si applica per le attività indicate nella Tabella ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE, che sono sempre escluse, a meno che sia diversamente indicato nella Posizione assicurativa.

Art. 5.3 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente ²⁴

L'Invalidità Permanente da Infortunio viene valutata secondo le percentuali indicate nella TABELLA DI VALUTAZIONE sotto riportata e con i seguenti criteri:

- in caso di lesione che comporti una minorazione e non la perdita totale anatomica/funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è riconosciuto in base alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della riduzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- in caso di perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti, si applica una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore della 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 sono ridotte tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- la quantificazione del grado di Invalidità Permanente, per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive, viene effettuata tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

Tabella di Valutazione dell'Invalidità Permanente

Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente in caso di totale perdita anatomica o funzionale
<i>un arto superiore</i>	70%
<i>una mano o un avambraccio</i>	60%
<i>un pollice</i>	18%
<i>un indice</i>	14%
<i>un medio</i>	8%
<i>un anulare</i>	8%
<i>un mignolo</i>	12%
<i>una falange ungueale del pollice</i>	9%
<i>una falange di altro dito della mano</i>	1/3 del valore del dito
<i>anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola</i>	25%
<i>anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e i 70°, con prono-supinazione libera</i>	20%
<i>anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera</i>	10%
<i>paralisi completa del nervo ulnare</i>	20%
<i>Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:</i>	
<i>al di sopra della metà della coscia</i>	70%
<i>al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio</i>	60%
<i>al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba</i>	50%
<i>un piede</i>	40%
<i>ambedue i piedi</i>	100%
<i>un alluce</i>	5%
<i>un altro dito del piede</i>	1%
<i>la falange ungueale dell'alluce</i>	2,5%
<i>anchilosi dell'anca in posizione favorevole</i>	35%
<i>anchilosi del ginocchio in estensione</i>	25%
<i>esiti di rottura del menisco laterale, indipendentemente dal trattamento attuabile</i>	3%
<i>esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile</i>	2%

DUBBIO

24 Se a seguito di un Infortunio si è determinata una perdita solo parziale della funzionalità di un arto, verrà riconosciuto comunque un Indennizzo per invalidità permanente?

Sì, viene riconosciuto un Indennizzo, ma l'invalidità permanente è calcolata in misura proporzionale alla perdita. Ad esempio, se si è verificato il dimezzamento della funzionalità di un braccio, il grado di invalidità permanente riconosciuto è dimezzato.

Arto/Organo	Grado % di Invalidità Permanente in caso di totale perdita anatomica o funzionale
<i>instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore</i>	9%
<i>anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto</i>	10%
<i>anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica</i>	15%
<i>paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno</i>	15%
<i>esiti di frattura scomposta di una costa</i>	1%
<i>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</i>	
<i>una vertebra cervicale</i>	12%
<i>una vertebra dorsale</i>	5%
<i>12° dorsale</i>	10%
<i>una vertebra lombare</i>	10%
<i>postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo</i>	2%
<i>esiti di frattura del sacro</i>	3%
<i>esiti di frattura del coccige con callo deforme</i>	5%
<i>Perdita totale, anatomica o funzionale di:</i>	
<i>un occhio</i>	25%
<i>ambedue gli occhi</i>	100%
<i>Sordità completa di:</i>	
<i>un orecchio</i>	10%
<i>ambedue gli orecchi</i>	40%
<i>Stenosi nasale assoluta:</i>	
<i>monolaterale</i>	4%
<i>bilaterale</i>	10%
<i>Perdita anatomica:</i>	
<i>di un rene</i>	15%
<i>della milza senza compromissioni significative della crasi ematica</i>	8%
<i>Perdita della voce</i>	30%

Art. 5.3.1 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL

L'Invalidità Permanente da Infortunio viene valutata secondo le percentuali indicate nella TABELLA DI VALUTAZIONE sotto riportata e con i seguenti criteri:

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Sordità completa da un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedasi successiva tabella)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo	(non si liquida indennità)	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo - omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo - omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice o del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione 110°-75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporanea abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	

Tabella INAIL Invalidità Permanente Allegato 1 D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124	Grado % di Invalidità Permanente accertato	
	Destro	Sinistro
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita per ogni dito perduto	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibia-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Nota: in caso di constatato mancinismo, le percentuali di Invalidità Permanente stabilite per l'arto destro si riferiscono all'arto sinistro, e viceversa.

Visus perduto	Visus residuo	Grado % di Invalidità Permanente accertato dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Grado % di Invalidità Permanente accertato dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da due a dieci punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.

La perdita di cinque decimi di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata al 16% se si tratta di infortunio agricolo.

In caso di afachia monolaterale:

con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
con visus corretto di 7/10	18%
con visus corretto di 6/10	21%
con visus corretto di 5/10	24%
con visus corretto di 4/10	28%
con visus corretto di 3/10	32%
con visus corretto inferiore a 3/10	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Art. 5.4 - Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini

L'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di rotture sottocutanee dei tendini viene valutata tenendo conto delle percentuali previste per i soli casi indicati nella tabella sotto riportata:

Tendine	Grado % di Invalidità Permanente in caso di rottura sottocutanea
Rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%
Rottura sottocutanea del tendine femorale	5%
Rottura sottocutanea del tendine rotuleo	5%
Rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%
Rottura sottocutanea della cuffia dei rotatori (lesione di uno o più tendini del complesso muscolo-tendineo della spalla)	3%

In caso di rottura sottocutanea di tendini diversi da quelli indicati in tabella, viene riconosciuta una percentuale di Invalidità Permanente fino al 3%.

Le percentuali indicate si applicano anche in caso di scelta della Tabella INAIL previste all'Art. 2.6.1 *Tabella di valutazione INAIL*.

Art. 5.5 - Criteri di valutazione delle ernie addominali da Sforzo

L'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di ernie addominali da Sforzo viene valutata secondo la percentuale indicata nella tabella sotto riportata:

	Grado % di Invalidità Permanente in caso di ernia addominale da Sforzo
Ernia addominale da Sforzo	2%

La percentuale indicata si applica anche in caso di scelta della Tabella INAIL previste all'Art.2.6.1 *Tabella di valutazione INAIL*.

Art. 5.6 - Criteri di Indennizzo dell'Invalidità Permanente da Infortunio

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio viene liquidato in base alle Tabelle di Indennizzo sotto riportate, a seconda della scelta effettuata dal Contraente ed indicata nella Posizione assicurativa.

Alla Somma assicurata per Invalidità Permanente si applica la percentuale da liquidare che corrisponde al grado di Invalidità Permanente accertato. Tale grado è accertato secondo i criteri indicati dagli Artt. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL, se acquistata.

Art. 5.6.1 - Tabella di Indennizzo

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta pari o inferiore al 20%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	A) Franchigia 5%	B) Franchigia 3%	C) Franchigia progressiva da 3% a 10%			D) Franchigia UnipolSai Plus	E) Franchigia 10%
	Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata	3% fino a € 200.000	5% fino a € 400.000	10% oltre € 400.000	Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata
	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0	0	0	0	0,3	0
2	0	0	0	0	0	0,6	0
3	0	0	0	0	0	1	0
4	0	1	1	0	0	1,5	0
5	0	2	2	0	0	2	0
6	1	3	3	1	0	3	0
7	2	4	4	2	0	4	0
8	3	5	5	3	0	5	0
9	4	6	6	4	0	6	0
10	5	7	7	5	0	7	0
11	6	8	8	6	1	8	1
12	7	9	9	7	2	9	2
13	8	10	10	8	3	10	3
14	9	11	11	9	4	11	4
15	10	12	12	10	5	12	5
16	11	13	13	11	6	13	6
17	12	14	14	12	7	14	7
18	13	15	15	13	8	15	8
19	14	16	16	14	9	16	9
20	20	20	20	20	20	20	20

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 20%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
da 50 a 100	100

Art. 5.6.2 - Tabella di liquidazione SUPER

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta pari o inferiore al 15%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	A) Franchigia 5%	B) Franchigia 3%	C) Franchigia progressiva da 3% a 10%			D) Franchigia UnipolSai Plus	E) Franchigia 10%
	Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata	3% fino a € 200.000	5% fino a € 400.000	10% oltre € 400.000	Su tutta la Somma assicurata	Su tutta la Somma assicurata
	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata	% da liquidare sulla Somma assicurata
1	0	0	0	0	0	0,3	0
2	0	0	0	0	0	0,6	0
3	0	0	0	0	0	1	0
4	0	1	1	0	0	1,5	0
5	0	2	2	0	0	2	0
6	1	3	3	1	0	3	0
7	2	4	4	2	0	4	0
8	3	5	5	3	0	5	0
9	4	6	6	4	0	6	0
10	5	7	7	5	0	7	0
11	6	8	8	6	1	8	1
12	7	9	9	7	2	9	2
13	8	10	10	8	3	10	3
14	9	11	11	9	4	11	4
15	15	15	15	15	15	15	15

Se l'Invalidità Permanente accertata risulta superiore al 15%, l'Indennizzo viene liquidato con le seguenti modalità:

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	47
32	48
33	50
34	51
35	53
36	54
37	56
38	57
39	59
40	60
41	62
42	63
43	65
44	66
45	68
46	69
47	71
48	72
49	74
da 50 a 79	100
da 80 a 99	150
100	250

Art. 5.6.3 - Tabella di Indennizzo Franchigia 30%

Grado % di Invalidità Permanente accertato	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
Da 1 a 30	0
Da 31 a 100	100

Art. 5.7 - Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società liquida l'Indennizzo per le conseguenze dell'Infortunio dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili, indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti.

Sono conseguenze indirette e pertanto non indennizzabili:

- l'influenza dell'Infortunio su menomazioni e condizioni patologiche preesistenti,
- il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio.

Allo stesso modo, nei casi di preesistente mutilazione, minorazione o Difetto Fisico, la Società liquida l'Indennizzo per Invalidità Permanente per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, come se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra, non tenendo conto del maggior pregiudizio dovuto dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.8 - Liquidazione della garanzia Decesso da Infortunio

La Società liquida la Somma assicurata ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali se l'Infortunio ha come conseguenza la morte. La liquidazione avviene dopo aver ricevuto il certificato di morte e la documentazione ritenuta necessaria.

Se l'Indennizzo per Invalidità Permanente è stato liquidato, ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, la Società liquida ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi, la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già liquidato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore.

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

- certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- certificato autoptico;
- certificato di non gravidanza della coniuge superstite;
- altra documentazione necessaria per la liquidazione dell'Indennizzo.

Art. 5.8.1 - Morte presunta

La Società liquida la Somma assicurata per il caso Morte ai Beneficiari o, se non designati, agli eredi in parti uguali se, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, non viene ritrovato il corpo dell'Assicurato e si presume che quest'ultimo sia deceduto.

La liquidazione avviene trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (Artt. 60 n.3 e 62 del Codice Civile). In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, la liquidazione avviene trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se viene accertata da parte dell'Autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato e, quest'ultimo, sia dato per disperso a seguito del sinistro stesso (Artt. 211 e 838 Codice della Navigazione). Se dopo la liquidazione dell'Indennizzo risulta che l'Assicurato non è morto o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione della somma liquidata. Dopo la restituzione, l'Assicurato può chiedere la liquidazione dell'Invalidità Permanente eventualmente accertata.

Art. 5.8.2 - Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile

La Società liquida la Somma assicurata per il caso di morte anche se lo Stato Comatoso diventa irreversibile.

Tale Stato Comatoso deve durare almeno per un periodo ininterrotto di 180 giorni. La Società liquida l'indennizzo solo a seguito di denuncia di Sinistro che attesti il perdurare dello Stato Comatoso per il periodo sopra indicato come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente.

Una volta liquidato l'Indennizzo ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi in parti uguali fra loro, l'Assicurazione termina 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 come previsto dal presente articolo:

- ha diritto all' eventuale differenza tra l'Indennizzo dovuto per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, se dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già liquidata per la garanzia Morte. In caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già liquidate;
- rinuncia ad esercitare qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società. Tali azioni potranno essere esercitate solo nei confronti di coloro che hanno ricevuto le Somme assicurate.

Art. 5.8.3 - Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso

La Società liquida l'Indennizzo forfettario previsto all'Assicurato, dove possibile, o, in caso contrario, ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi in parti uguali fra loro, in caso di Stato Comatoso insorto successivamente all'infortunio.

La Società liquida solo dopo aver ricevuto idonea documentazione medica rilasciata dalla competente autorità medico-ospedaliera, attestante lo Stato Comatoso insorto successivamente all' Infortunio.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo come previsto del presente articolo, rinuncia ad esercitare qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società. Tali azioni potranno essere esercitate solo nei confronti di coloro che hanno ricevuto le Somme assicurate.

Art. 5.9 - Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche

Art. 5.9.1 - Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute

Al momento della prestazione l'Assicurato deve presentare alla struttura convenzionata:

- un documento d'identità;
- la prescrizione medica contenente il tipo di Infortunio e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

L'Assicurato paga le prestazioni effettuate a tariffe agevolate direttamente al centro sanitario ed invia i relativi documenti di spesa alla Società per il rimborso. Il rimborso, in caso di evento indennizzabile, viene effettuato secondo quanto previsto dall'Art. 2.5.2 Rimborso spese mediche, punto 1) Prestazioni in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute.

Se la prestazione viene effettuata in una struttura convenzionata durante il Ricovero o extraricovero da parte di medici non convenzionati, le relative spese sono liquidate con le modalità previste all'Art. 5.9.2 Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati e all'Art. 2.5.2 Rimborso spese mediche, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Art. 5.9.2 - Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati

Per il Rimborso delle spese sostenute l'Assicurato deve inviare a UnipolSai

- modulo di denuncia del Sinistro correttamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero, copia conforme all'originale della lettera di dimissione o, se richiesta per la completa valutazione della copertura, copia integrale della cartella clinica;
- in caso di prestazioni extra-ricovero, copia delle prescrizioni mediche;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute da cui risulti anche l'effettivo pagamento.

Se l'Assicurato ha richiesto e ricevuto il Rimborso per lo stesso Sinistro da altre compagnie assicurative, la Società liquida solo l'importo rimasto a suo carico al netto di quanto già ricevuto dall'Assicurato e da lui documentato.

Il rimborso da parte della Società viene effettuato con le modalità previste all'Art. 2.5.2 *Rimborso spese mediche da Infortunio*, punto 2) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Art. 5.9.3 - Prestazioni effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i Ricoveri e le prestazioni extra-ricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate agli Artt. 5.9.1 *Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute* o 5.9.2 *Prestazioni effettuate in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute o effettuate da medici non convenzionati*.

Art. 5.10 - Criteri di Indennizzo delle garanzie Diaria da Ricovero, Diaria da Immobilizzazione e Inabilità Temporanea

Per l'Indennizzo delle prestazioni relative agli Artt. 2.5.3 *Diaria da Ricovero*, 2.5.4 *Diaria da Immobilizzazione* e 2.5.5 *Inabilità Temporanea* valgono le norme in essi contenute.

Art. 5.11 - Anticipo Indennizzo

La Società a seguito di Sinistro indennizzabile a termini di contratto, limitatamente alle garanzie sotto riportate e su richiesta del Contraente, può versare un anticipo dell'Indennizzo con le modalità riportate di seguito:

a) Per Inabilità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere un anticipo pari al 50% del possibile Indennizzo con un massimo di € 50.000 da detrarre dalla definitiva liquidazione.

L'anticipo viene versato se:

- 1) non esistono dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- 2) risulta prevedibile, da certificato medico legale, un grado di Inabilità Permanente pari o superiore al 15%.

b) Per la Diaria da ricovero (Base o Plus) e/o Inabilità Temporanea (Base e/o Plus)

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero e/o Inabilità Temporanea di almeno 60 giorni consecutivi, come da certificato medico, l'Assicurato può richiedere un anticipo dell'indennizzo dovuto pari a 30 giorni.

Per i punti a) e b):

- la Società versa gli anticipi entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che ne danno diritto;
- il versamento degli anticipi non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità concordate;
- la Società ha sempre diritto alla restituzione se successivamente emergono fatti che compor-

tano l'inoperatività anche parziale delle garanzie; in tali casi l'Assicurato si obbliga a restituire quanto ricevuto a titolo di anticipazione.

NORME PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE PER INFORTUNIO

Art. 5.12 - Modalità per richiedere le prestazioni di Tutela legale

La gestione dei Sinistri Tutela legale è affidata dalla Società ad ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente utilizzando i seguenti riferimenti:

- Telefono centralino: 045.8290411;
- e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it;
- e-mail per invio successiva documentazione relativa al Sinistro: sinistri@arag.it;

La Società può cambiare il gestore dei Sinistri di Tutela Legale, comunicandolo tempestivamente al Contraente. In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

Art. 5.13 - Libera scelta del legale

L'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo cui affidare la tutela dei propri interessi, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del Sinistro; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o con ARAG.

Art. 5.14 - Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti necessari alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa deve:

- informare immediatamente la Società o ARAG del Sinistro, in modo completo e veritiero;
- indicare e fornire su richiesta i mezzi di prova e i documenti necessari alla Società o ad ARAG;
- dare mandato al legale incaricato per la tutela dei suoi interessi;
- informare il legale su tutti i fatti del Sinistro;
- indicare e fornire i mezzi di prova e i documenti necessari al legale.

Art. 5.15 - Gestione del Sinistro

Ricevuta la denuncia del Sinistro, ARAG, attraverso il legale scelto dall'Assicurato o dalla stessa, prova a risolvere la controversia con l'accordo tra le parti.

Successivamente, se la controversia non si risolve e se ci sono possibilità di successo, oppure in caso di processo penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto secondo quanto previsto all'Art. 5.13 Libera scelta del legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

L'Assicurato non può accordarsi con la controparte né in sede extragiudiziaria né in sede giudiziaria senza l'autorizzazione e la preventiva conferma della copertura delle spese da parte di ARAG. In caso di mancato avviso o conferma ARAG non rimborsa le spese sostenute.

L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e di periti viene concordata con ARAG.

ARAG può pagare direttamente il professionista dopo aver stabilito l'importo dovuto. ARAG non ha nessun obbligo diretto verso il professionista, perché effettua il pagamento in esecuzione degli obblighi previsti dall'Assicurazione.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa le spese dopo aver:

- ricevuto la documentazione attestante il pagamento;
- valutato la correttezza dell'importo richiesto.

La liquidazione delle spese garantite avviene entro 30 giorni.

La Società e ARAG non sono responsabili dell'operato di legali, consulenti tecnici e periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei Sinistri tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può essere affidata, salva la facoltà di ricorrere alle vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità. L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti paga metà delle spese arbitrali, eccetto il caso di esito totalmente favorevole all'Assicurato.

In caso di esito negativo dell'arbitrato, l'Assicurato può procedere autonomamente ed a proprio rischio per risolvere la controversia, avvisando la Società o ARAG. In questo caso, se il risultato raggiunto è più favorevole di quello prospettato dalla Società o da ARAG, l'Assicurato può ricevere il rimborso delle spese sostenute, se non pagate dalla controparte.

Art. 5.16 - Recupero di somme

Spettano all'Assicurato integralmente i Risarcimenti ricevuti e le somme recuperate o comunque pagate dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

L'Assicurato è obbligato a restituire le somme anticipate da ARAG se rimborsate dalla controparte o da altro soggetto.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA PER INFORTUNIO

Art. 5.17 - Gestione dei Sinistri e fornitura delle prestazioni di Assistenza

La Società si avvale della Struttura Organizzativa di UniSalute, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione e per la fornitura delle Prestazioni di Assistenza. La Struttura Organizzativa è attiva 24 ore su 24 e 7 giorni su 7:

- al numero verde 800 212477 se in Italia;
- al numero +39 051 6389048 se all'estero.

La Società può cambiare la società di Assistenza e/o la Struttura Organizzativa, comunicandolo tempestivamente al Contraente. In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

Art. 5.18 - Modalità di accesso ai servizi SiSalute

L'Assicurato può utilizzare i servizi SiSalute previsti all'Art. 4.2:

- tramite l'App di SiSalute.

Per assistenza contattare gli operatori SiSalute, al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

UnipolSai ha la facoltà di cambiare la società che presta i servizi a marchio SiSalute, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.

NORME VALIDE PER LE SEZIONI INFORTUNI E ASSISTENZA PER INFORTUNIO

Art. 5.19 - Liquidazione dell'Indennizzo

L'importo dell'Indennizzo, relativo ai Sinistri della sezione Infortuni, è determinato o con accordo tra la Società e l'Assicurato o con arbitrato irrituale, e secondo quanto previsto agli articoli:

- *Art. 5.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente*
- *Art. 5.3.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL*
- *Art. 5.4 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini*
- *Art. 5.5 Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo*
- *Art. 5.6.1 Tabella di Indennizzo*
- *Art. 5.6.2 Tabella di liquidazione SUPER*
- *Art. 5.6.3 Tabella di Indennizzo Franchigia 30%*
- *Art. 5.9 Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche*
- *Art. 5.10 Criteri di Indennizzo delle garanzie Diaria da Ricovero, Diaria da Immobilizzazione e Inabilità Temporanea da Infortunio.*

La Società entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo dell'Indennizzo, verifica che l'Assicurato abbia diritto all'Indennizzo e liquida quanto dovuto.

La Società non liquida l'Indennizzo se:

- a) il Contraente o l'Assicurato non è in grado, per qualunque motivo, di accettare la liquidazione dell'Indennizzo, sottoscrivendo l'atto che libera la Società;
- b) alla Società viene notificato un atto di opposizione nei modi stabiliti dalla Legge o un atto di cessione;
- c) è stato aperto un Procedimento penale sulla causa del Sinistro, da cui risultano esserci dei casi di esclusione previsti dalla relativa Sezione di garanzia.

La liquidazione dell'Indennizzo avviene se sono stati presentati alla Società tutti i documenti richiesti, previsti agli articoli di seguito indicati:

- *Art. 5.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*
- *Art. 5.8 Liquidazione della Garanzia Decesso da Infortunio*
- *Art. 5.8.2 Liquidazione Indennizzo Decesso per Stato Comatoso Irreversibile*
- *Art. 5.8.3 Liquidazione Indennizzo forfettario per Stato Comatoso*
- *Art. 5.9.1 Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie Convenzionate con Unisalute*
- *Art. 5.9.2 Prestazioni effettuate in Strutture Sanitarie non Convenzionate con Unisalute o effettuate da medici non convenzionati.*

In relazione ai Sinistri della Sezione Assistenza per Infortunio, nei casi in cui la Struttura Organizzativa ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di Assistenza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute e autorizzate. Il rimborso avviene entro 30 giorni:

- dal ricevimento della documentazione originale relativa alle spese sostenute da cui risulti l'effettivo pagamento o,
- dal risultato dell'arbitrato irrituale.

Art. 5.20 - Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino all'Assicurato. 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, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. Queste rinunciano preventivamente ad impugnare la decisione, eccetto che per il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono promuovere azioni legali per l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti. Il verbale è valido anche se uno dei medici non lo 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.

Classe A	Classe B	Classe C
Addetto alle pulizie	Addetto pompe funebri	Addestratori di animali (esclusi animali feroci/rettili)
Agente teatrale	Agente di assicurazione	Addetto all'abbattimento di piante
Amministratore di Condominio	Agente di borsa/Agente di cambio	Addetto autolavaggio
Animatore di villaggi turistici	Agente di commercio / rappresentante	Addetto autorimesse
Armatore	Agente di viaggio	Agricoltore con uso di trattore
Arredatore/Vetrinista	Agente immobiliare	Analista chimico in laboratorio di analisi compreso il trattamento di materie esplodenti
Bambino in età prescolare	Agricoltore	Antennista
Barbiere/Parrucchiere	Agronomo	Archeologo in bassi scavi
Bibliotecario	Albergatore	Architetto
Bidello	Allevatore di animali	Artigiano
Biologo	Analista chimico in laboratorio di analisi escluso il trattamento di materie esplodenti	Artista di strada
Botanico	Apicoltore	Asfaltatore
Call center addetto	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	Autotrasportatore
Cameramen	Artista	Boscaiolo
Cassiere	Ascensorista	Demolitore
Centralinista	Assistente di Oftalmologia	Elettrauto
Commercialista	Assistente sociale	Elettricista
Commesso	Attore	Escavatorista
Consulente del lavoro	Autista	Fabbro
Disegnatore	Avvocato	Facchino/Fattorino
Domestica/o	Baby sitter	Falegname/Antiquario con restauro
Enologo	Badante	Fiorista
Estetista	Bagnino	Floricoltore
Farmacista	Barista	Fresatore
Giornalista/cronista non inviato all'estero	Benestante senza particolari occupazioni	Geometra
Hostess/Steward di terra	Benzinaio	Giardiniere

Classe A	Classe B	Classe C
Impiegato	Bigliettaio/controllore su mezzi di trasporto	Gioielliere addetto alla vendita
Influencer/Blogger	Calzolaio	Gommista
Insegnante	Cameriere	Idraulico
Interprete	Carpentiere	Imbianchino/Verniciatore
Lavoratore domestico	Carrozziere	Imprenditore
Modella/o	Casalinga/o	Ingegnere
Musicista/Direttore d'Orchestra	Ceramista	Macellaio
Perito	Chinesiologo	Magazziniere
Personale religioso	Chiropratico	Maniscalco
Presidente	Commerciante	Meccanico/Autoriparatore
Professore Universitario	Commesso addetto al trasporto e consegna	Muratore
Programmatore	Consulente assicurativo (Broker)	Netturbino/Operatore Ecologico
Psicologo	Costumista	Operaio
Ricercatore scientifico	Cuoco	Pavimentista/Piastrellista
Sceneggiatore/Scrittore	Dietista	Saldatore
Studente	Dirigente	Scultore
Tatuatore	Disk jockey	Spedizioniere
Veterinario	Dog sitter/Pet sitter	Stagnino/Lattoniere
Wedding Planner/ Organizzatore eventi	Elettrotecnico	Tappezziere
	Esperto di riflessologia del piede	Tornitore
	Ferroviero macchinista	Vetraio
	Fisico medico/sanitario	
	Fisioterapista	
	Fotografo	
	Gelataio	
	Geologo	
	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	
	Grafico	
	Guida turistica	
	Igienista dentale	
	Imprenditore senza lavoro manuale	
	Infermiere	

Classe A	Classe B	Classe C
	Ingegnere senza accesso ai cantieri	
	Insegnante di ballo	
	Insegnante di educazione fisica	
	Istruttore di scuola guida	
	Logopedista	
	Magistrato	
	Massaggiatore	
	Massofisioterapista	
	Medico	
	Medico Abilitato	
	Medico Allergologo ed Immunologo clinico	
	Medico Anatomopatologo	
	Medico Anestesista	
	Medico Audiologo e foniatra	
	Medico Cardiochirurgo	
	Medico Chirurgo generale	
	Medico Chirurgo maxillo-facciale	
	Medico Chirurgo pediatrico	
	Medico Chirurgo plastico, ricostruttivo ed estetico	
	Medico Chirurgo toracico	
	Medico Chirurgo vascolare	
	Medico con Altra specializzazione	
	Medico del lavoro	
	Medico delle malattie dell'apparato cardiovascolare	
	Medico delle malattie dell'apparato digerente	
	Medico delle malattie dell'apparato respiratorio	
	Medico delle malattie infettive e tropicali	
	Medico dello sport e dell'esercizio fisico	
	Medico d'emergenza-urgenza	
	Medico Dermatologo e Venereologo	

Classe A	Classe B	Classe C
	Medico di comunità e delle cure primarie	
	Medico di medicina fisica e riabilitativa	
	Medico di Medicina generale	
	Medico di Medicina Nucleare	
	Medico di Patologia Clinica e Biochimica Clinica	
	Medico di Statistica sanitaria e biometrica	
	Medico Dietologo	
	Medico Ematologo	
	Medico Endocrinologo e di malattie del metabolismo	
	Medico Genetista	
	Medico Geriatra	
	Medico Ginecologo	
	Medico Igienista e Medicina preventiva	
	Medico internista	
	Medico legale	
	Medico Microbiologo e Virologo	
	Medico Nefrologo	
	Medico Neurochirurgo	
	Medico Neurologo	
	Medico Neuropsichiatra infantile	
	Medico Oftalmologo	
	Medico Oncologo	
	Medico Ortopedico e traumatologo	
	Medico Otorinolaringoiatra	
	Medico Palliativista	
	Medico Pediatra	
	Medico Psichiatra	
	Medico Radiodiagnostico	
	Medico Radioterapista	
	Medico Reumatologo	
	Medico termale	
	Medico Tossicologo e Farmacologo	

Classe A	Classe B	Classe C
	Medico Urologo	
	Notaio	
	Odontotecnico	
	Operatore Shiatsu	
	Operatore socio-sanitario	
	Operatori di interesse sanitario - Altro	
	Operatori di interesse sanitario - Counselor	
	Orafo/Orefice/Orologiaio	
	Ortottista	
	Osteopata	
	Ostetrica/o	
	Ottico	
	Panettiere	
	Paramedico	
	Pellettieri/Pellicciaio	
	Pensionato	
	Pittore	
	Pizzaiolo	
	Podologo	
	Pony Express/Riders	
	Portiere di Stabili/Custode	
	Postino	
	Professioni sanitarie della prevenzione - Assistente sanitario	
	Professioni sanitarie della riabilitazione - Educatore professionale	
	Professioni sanitarie della riabilitazione - Terapista occupazionale	
	Promotore finanziario	
	Pubblicitario/Pubblicista	
	Questore	
	Regista	
	Riparatore di elettrodomestici	
	Riparatore di macchine per ufficio, computer	
	Ristoratore	
	Sarto	

Classe A	Classe B	Classe C
	Stilista	
	Stiratore	
	Tabaccaio	
	Tassista	
	Tecnico audiometrista	
	Tecnico audioprotesista	
	Tecnico del Suono	
	Tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare	
	Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	
	Tecnico di neurofisiopatologia	
	Tecnico ortopedico	
	Tecnico riabilitazione psichiatrica	
	Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	
	Tecnico sanitario di radiologia medica	
	Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
	Tipografo	
	Toelettatura per animali	
	Venditore ambulante	

ATTIVITÀ ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Addetto allo spurgo pozzi neri e manutenzione reti fognarie
Agente di Polizia
Agente di Polizia Penitenziaria
Allenatore/Istruttore sportivo
Allenatore/Istruttore sportivo di Calcio
Allenatore/Istruttore sportivo di Nuoto
Allenatore/Istruttore sportivo di Pallacanestro
Allenatore/Istruttore sportivo di Pallavolo
Allenatore/Istruttore sportivo di Tennis
Ballerina/o di Danza classica e/o Sportiva
Body guard/Guardia Giurata
Calciatore Partecipante Campionato SERIE A
Calciatore Partecipante Campionato SERIE B
Calciatore Partecipante Campionato SERIE C (LEGA PRO)
Calciatore Partecipante Campionato SERIE D
Carabiniere
Collaudatore in genere
Fantino
Guardia di Finanza
Guida Alpina
Investigatore/detective privato
Maestro di Sci
Marinaio /Pescatore
Marmista escluso utilizzo di mine
Minatore
Non Occupato
Operatore di fune
Palombaro/Sommozzatore
Personale della Marina Militare
Personale Militare del Comando Interforze
Personale Militare dell'Aeronautica
Personale Militare dell'Esercito
Personale Militare dello Stato Maggiore della Difesa
Pilota di aerei a terra
Pirotecnico
Skipper
Speleologo
Sportivo/Atleta professionista
Vigile del fuoco
Vigile urbano

Testo articoli del Codice Civile e del Codice della Navigazione richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

Quando sono trascorsi dieci anni dal giorno a cui risale l'ultima notizia dell'assente [c.c. 49] il tribunale competente secondo l'art. 48, su istanza del pubblico ministero o di taluna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50, può con sentenza dichiarare presunta la morte dell'assente nel giorno a cui risale l'ultima notizia. In nessun caso la sentenza può essere pronunciata se non sono trascorsi nove anni dal raggiungimento della maggiore età dell'assente. Può essere dichiarata la morte presunta anche se sia mancata la dichiarazione di assenza.

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

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

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

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

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, e 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. 1882 - Nozione

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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

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

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

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

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

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

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

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

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

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

Art. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare

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

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

Di cosa hai bisogno?	A chi ti devi rivolgere?	Quali sono i recapiti?
Denunciare un Sinistro Sezione Infortuni	Agenzia / Punto vendita Direzione UnipolSai	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia/ Punto vendita : <ul style="list-style-type: none"> sulla Polizza www.unipolsai.it sulla APP UnipolSai <p style="text-align: center;">Direzione UnipolSai Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it</p>
Attivare una prestazione di Rimborso spese mediche per l'utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute	UniSalute Centrale Operativa	Telefonare dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi: <ul style="list-style-type: none"> al numero verde 800 212477 se in Italia; al numero +39 051 6389048 se all'estero.
Denunciare un Sinistro della Sezione Tutela legale per Infortuni	ARAG Direzione UnipolSai	ARAG <ul style="list-style-type: none"> Telefono centralino: 045.8290411, e-mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@arag.it e-mail per invio successiva documentazione relativa al Sinistro: sinistri@arag.it <p style="text-align: center;">Direzione UnipolSai Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it</p>
Richiedere una prestazione di Assistenza per Infortunio	Struttura Organizzativa di UniSalute	Telefonare <ul style="list-style-type: none"> al numero verde 800 212477 se in Italia; al numero +39 051 6389048 se all'estero. Attivo 24 ore su 24
Attivare i servizi SiSalute	SiSalute	Telefonare dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi al numero 051 3542035
Informazioni su prodotti e servizi	UnipolSai	Numero telefonico 848 800 074
Usufruire del diritto di Recesso in caso di Vendita a distanza	Agenzia / Punto vendita Direzione UnipolSai	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia/ Punto vendita : <ul style="list-style-type: none"> sulla Polizza www.unipolsai.it sulla APP UnipolSai <p style="text-align: center;">Direzione UnipolSai Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it</p>

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
 Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

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

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

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

riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto ⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per

l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico- tariffarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- 6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
- 8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

