



CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

Fascicolo Informativo

MY CARE SPORT

Contratto di Assicurazione
per lo Sport

Edizione 06/2018

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa comprensiva del Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima
della sottoscrizione del contratto.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente
la Nota Informativa.

“MY CARE” è distribuito da UniCredit S.p.A. tramite:



le Filiali UniCredit

Per informazioni è attivo:



il Servizio Clienti UniCredit
al numero gratuito **800.57.57.57**
dall'estero **+39 02 33408973**



Ricordati di scaricare la APP che ti
permetterà di attivare le coperture e
fruire dei servizi abbinati alla tua
Polizza

Per i sinistri

può contattare il seguente Numero Verde 800.894.022
dall'estero +39 02 26609596

Nota Informativa	4
A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione	4
B. Informazioni sul contratto	4
C. Informazioni sulle Procedure Liquidative e sui Reclami	7

Glossario	9
------------------	---

Condizioni di Assicurazione	11
Condizioni generali di Assicurazione	11
Operatività del modulo	13
Sezione responsabilità civile verso terzi	14
Sezione infortuni	16
Sezione tutela legale	21
Sezione prestazioni e servizi	24
Allegati	30
Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza	35

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Il preventivo verrà redatto sulla base di tutti gli elementi previsti dal prodotto "My Care".

Il presente Preventivo è vincolante per l'Impresa di Assicurazione per 60 giorni dalla data dell'emissione dello stesso, purché all'atto dell'emissione della Polizza non siano subentrate variazioni alle Condizioni di Assicurazione e/o alla tariffa.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

- **Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa di Assicurazione**
CreditRas Assicurazioni S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.
- **Sede legale**
Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).
- **Recapito Telefonico:** 800.11.66.33;

- **Sito Internet:** www.creditrasassicurazioni.it;
- **Indirizzo di posta elettronica:** info_creditras@allianz.it; creditrasassicurazioni@pec.allianz.it.
- **Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni**
L'Impresa di Assicurazione è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 19/03/1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31/03/1990 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00088.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni patrimoniali sull'Impresa di Assicurazione sono reperibili all'interno della Relazione sulla

solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: www.creditrasassicurazioni.it.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Per stipulare il contratto

L'Assicurazione può essere stipulata da un cliente, titolare di un conto corrente UniCredit o di Genius Card, presso una Filiale UniCredit S.p.A.

Si precisa che:

- è sempre possibile richiedere un preventivo gratuito fornendo le informazioni richieste all'Intermediario. Unitamente al preventivo riceverà il Fascicolo Informativo, comprensivo della Nota Informativa, Glossario e delle Condizioni di Assicurazione, e consultabile anche sul sito www.creditrasassicurazioni.it;
- prima della sottoscrizione dell'Assicurazione, e successivamente alla sottoscrizione della stessa,

è possibile ricevere e trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché le comunicazioni successive alla stipula dell'Assicurazione tramite supporto cartaceo o email; nel corso dell'Assicurazione, è possibile, senza oneri aggiuntivi, modificare la scelta effettuata, recandosi presso l'Intermediario.

La Polizza, comprensiva di Scheda di Polizza e Scheda tecnica di modulo, verrà inviata su supporto cartaceo, tramite servizio postale, oppure verrà acquisita su supporto elettronico, mediante email.



Qualora si volesse sottoscrivere l'Assicurazione, sarà necessario:

- controllare attentamente che i dati riportati nel preventivo siano esatti;
- procedere al pagamento del Premio di Polizza con addebito diretto sul conto corrente UniCredit S.p.A. oppure tramite Genius Card presso UniCredit S.p.A..

L'Impresa di Assicurazione, ricevuto il pagamento del Premio, emette la Polizza con la decorrenza dalla data indicata nella Scheda di Polizza.

L'Assicurazione si intende conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la Polizza e a condizione che sia stato pagato il relativo Premio.

Le garanzie operano esclusivamente se presenti nella Scheda di Polizza e nella Scheda tecnica di modulo e hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Polizza e nella Scheda tecnica di modulo, se il Premio è stato pagato; altrimenti le garanzie stesse sono operanti dalle ore 24 del giorno del pagamento.

4. Copertura assicurative offerte - Limitazioni ed Esclusioni

Copertura assicurative

La presente Assicurazione offre una serie di garanzie a protezione dell'Assicurato in relazione alla pratica di attività sportive da lui svolte a livello ludico/ricreativo e dilettantistico (non esercitate a livello professionistico) e che non comportino remunerazione diretta o indiretta, comprese le gare.

Il pacchetto base comprende le garanzie: Responsabilità Civile, Invalidità Permanente da Infortunio e Assistenza.

Il pacchetto più esteso, comprensivo delle garanzie facoltative, include, in aggiunta a quanto sopra la garanzia Morte da Infortunio, Rimborso Spese Mediche da Infortunio e Tutela Legale.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli articoli "Chi e cosa assicuriamo", "Oggetto dell'Assicurazione" delle sezioni "RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI", "INFORTUNI" e "TUTELA LEGALE" e "Garanzie Assicurative" della Sezione "PRESTAZIONI E SERVIZI".

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA Il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni, nonché ipotesi di sospensione dell'Assicurazione, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli articoli di seguito indicati per tipologia di garanzia:

- **Responsabilità Civile verso terzi:** "Rischi Esclusi" e "Franchigia";

La polizza dovrà essere debitamente firmata dal Contraente e restituita all'Impresa di Assicurazione tramite:

- fax, al numero +39 02/00643633;
- E-mail, all'indirizzo: documenti@creditrassicurazioni.it;
- consegnando il documento alla sua Agenzia UniCredit.

Rinnovo dell'Assicurazione

AVVERTENZA In assenza di disdetta esercitata mediante la compilazione e la sottoscrizione dell'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario, dove è stata sottoscritta l'Assicurazione, almeno 15 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che l'Assicurazione cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 60 giorni. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'articolo "Durata e proroga dell'Assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

- **Infortuni:** "Rischi esclusi" e "Criteri di corresponsione dell'Indennità per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio";
- **Tutela Legale:** "Rischi Esclusi";
- **Prestazioni e servizi:** "Esclusioni comuni a tutte le garanzie", "Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie".

AVVERTENZA Nell'Assicurazione le prestazioni vengono erogate entro il limite dei massimali e/o delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di Franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli articoli "Prestazione Invalidità Permanente da Infortunio", "Prestazione Rimborso Spese Mediche da Infortunio" e "Garanzie assicurative".

Esemplificazione dell'applicazione di franchigia per le Sezioni RC e Tutela Legale:

- **Franchigia 250 euro**
- Danno accertato e coperto dall'Assicurazione = 1000 euro
- Limite di indennizzo = 2000 euro
- Importo indennizzato = 1000 - 250 = 750 euro.

- Danno accertato e coperto dall'Assicurazione = 2500 euro.
- Limite di indennizzo = 2000 euro.
- Applicazione franchigia = 2500 - 250 = 2250 euro.
- L'indennizzo sarà pari a 2000 euro e quindi corrisponderà al limite di indennizzo.

Nota Informativa

6

Esemplificazione dell'applicazione di franchigia per la Sezione Infortuni:

- Prestazione Invalidità Permanente da Infortunio Franchigia 7% con supervalutazione
- Capitale assicurato = 200.000 euro
- Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 11%

- Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 7% con supervalutazione" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 11% si liquida il 4% del capitale assicurato)
- Invalidità Permanente da Infortunio indennizzata = il 4% di 200.000 euro = 8.000 euro

5. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio

AVVERTENZA le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa

cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Per maggior dettaglio si rinvia all'articolo "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

6. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli articoli "Sostituzione e modifiche dell'Assicurazione", "Aggravamento del rischio" e "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Esemplificazione

- **Aggravamento**
STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO
La sopravvenienza in corso di contratto di una malattia grave (ad esempio il diabete) o di una Invalidità Permanente comporta aggravamento di rischio.

7. Premio

Il Premio di Assicurazione è annuale e rappresenta l'importo complessivamente dovuto dal Contraente.

Sono dovute tutte le mensilità per aver diritto alla prestazione assicurativa.

Il Premio, determinato per periodi di Assicurazione di un anno, viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito diretto sul conto corrente UniCredit S.p.A. oppure tramite Genius Card presso UniCredit S.p.A., intestati al Contraente.

A tale scopo il Contraente autorizza l'Impresa di Assicurazione ad addebitare il Premio sul rapporto intrattenuto con UniCredit S.p.A.

8. Adeguamento del Premio

Ad ogni scadenza annuale il premio delle garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della Sezione Infortu-

ni viene adeguato in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come disciplinato nell'articolo "Ridefinizione del premio per età".

9. Diritto di ripensamento

AVVERTENZA Il contratto ha durata annuale e il Contraente ha la facoltà di recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto stesso e di ottenere il rimborso del Premio al netto dell'imposta, nei termi-

ni e con le modalità disciplinate dall'articolo "Diritto di ripensamento" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

10. Diritto di Disdetta e di Recesso

Diritto di disdetta

AVVERTENZA: il contratto ha durata annuale e le Parti hanno la facoltà di esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nello stesso, secondo le modalità definite all'Articolo "Durata e proroga dell'Assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

Qualora il Contraente rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'articolo 3 del Dlgs 6 Settembre 2005, n. 206, ha la facoltà di recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato. La medesima facoltà è prevista per l'Impresa di Assicurazione. Per i termini e le modalità di esercizio di tale facoltà si rinvia per maggior dettaglio all'articolo "Recesso in caso di Sinistro" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Diritto di recesso

AVVERTENZA le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto in caso di Sinistro, come di seguito precisato.



11. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è sti-

pulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

12. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa di Assicurazione propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

13. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, al contratto sono applicate le seguenti aliquote di imposta:

- Responsabilità Civile verso terzi: 22,25%.
- Infortuni: 2,5%.
- Tutela Legale: 21,25%.
- Assistenza: 10%.

Si precisa inoltre che è ammessa l'eventuale **detraibilità fiscale** del premio (comprensivo di imposte) ai

sensi della normativa vigente, con le modalità e per le seguenti prestazioni:

- **Invalità Permanente da Infortunio**, si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **Morte da Infortunio**, si detrae il 100% del premio Totale annuo.

14. Area Riservata per la consultazione via web della posizione assicurativa

È attiva sul sito internet di CreditRas Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo www.creditrasassicurazioni.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa ed i cui contenuti sono quelli richiamati dal provvedimento IVASS n°7 del 16 Luglio 2013. Si tratta nello specifico, di uno spazio dedicato attraverso cui ciascun cliente può accedervi con la possibilità di consultare nonché di tenere costantemente monitorata la propria posizione assicurativa. Per accedere basta selezionare l'apposito link presente nella homepage del sito internet dell'Impresa

di Assicurazione e, dopo una semplice registrazione, l'utente riceverà, all'indirizzo di posta elettronica dallo stesso indicato, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso.

Tramite l'Area Riservata diventa possibile consultare le proprie coperture attive, le relative condizioni contrattuali nonché le comunicazioni dell'Impresa di Assicurazione e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi e delle relative prossime scadenze.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

15. Sinistri - pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA l'Assicurazione prevede obblighi relativi a modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno. Si rinvia per maggior dettaglio delle procedure liquidative alla disciplina specifica degli articoli di seguito indicati: "Obblighi", "Gestione delle vertenze. Spese di resistenza", "Valutazione del danno", "Pagamento dell'Indennità", "Anticipo sull'Indennità per il caso di Invalità Permanente", "Affidamento della gestione

del sinistro", "Gestione del sinistro" e "Scelta del legale", presenti nelle Sezioni IN CASO DI SINISTRO.

AVVERTENZA relativamente alla copertura Assistenza la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui all'articolo "Norme in caso di sinistro" presente nella Sezione "Prestazioni e Servizi", cui si rinvia per maggior dettaglio.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, possono essere presentati all'Impresa di Assicurazione mediante:

- posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano;

- e-mail: reclami@creditrasassicurazioni.it;
- fax: 02 72.16.25.88.

L'impresa di Assicurazione fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo. I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa di Assicurazione, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e

Nota Informativa

8

potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa di Assicurazione, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro i termini massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori ed il contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa di Assicurazione e dall'Intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa. In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l'esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in assenza di riscontro da parte dell'Impresa di Assicurazione nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Fax: fax 06 42133206

tutela.consumatore@pec.ivass.it

corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa di Assicurazione e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa di Assicurazione. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo",

nonché sul sito dell'Impresa di Assicurazione (www.creditrasassicurazioni.it) alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

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

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it;
- negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

17. Arbitrato

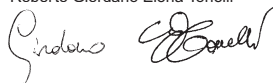
AVVERTENZA In caso di Sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che

l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il Luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Roberto Giordano Elena Tonelli





GLOSSARIO

Abitazione Fabbricato o porzione di fabbricato adibito ad esclusivo uso abitativo privato situato nel territorio della Repubblica Italiana.

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

Assicurazione Il contratto di Assicurazione.

Assistenza stragiudiziale Attività svolta al fine di ottenere il componimento bonario della vertenza prima dell'inizio dell'azione giudiziaria.

Attività professionale Attività che viene svolta a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiari Eredi Testamentari o, designati successivamente o, in mancanza, gli Eredi Legittimi dell'Assicurato ai quali spetta la prestazione prevista in caso di Morte da Infortunio dell'Assicurato.

Centrale Operativa La struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento ISVAP nr. 12 del 9 gennaio 2008, prevede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Circolazione Lo spostamento dell'Assicurato su un veicolo.

Contraente Persona fisica maggiorenne che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche.

Day Surgery Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisce in giornata a seguito di prestazioni chirurgiche.

Difetti fisici Qualsiasi alterazione organica congenita o traumatica, meglio definibile come deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un suo organo per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Eestero I paesi nei quali sono valide le prestazioni di assistenza, non ricompresi nella definizione di Italia.

Evento L'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.

Fatto illecito Il fatto, doloso o colposo, che ha cagionato un danno ingiusto e che obbliga chi l'ha commesso a risarcire il danno. Il fatto illecito non consiste in un inadempimento né in una violazione di un obbligo contrattuale, bensì nell'inosservanza di una norma di legge o nella lesione dell'altrui diritto. Il danno conseguente al fatto illecito viene denominato danno "extracontrattuale", perché tra danneggiato e responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale.

Franchigia La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Furto o tentato furto L'impossessarsi di cose mobili altrui, sottraendole a chi le detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Impresa di Assicurazione CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Inabilità temporanea Temporanea incapacità, totale o parziale, di attendere alle attività professionali per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo/Indennità Somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione all'Assicurato in caso di Sinistro, dopo l'applicazione di limiti, franchigie e scoperti eventualmente previsti in Polizza.

Infermità Malattie di lunga durata o invalidità (anche da infortunio) gravi (superiori al 25%).

Infortunio Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario UniCredit S.p.A.

Invalità Permanente Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indi-

pendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Italia Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.

Malattie gravi e permanenti malattie croniche (insanabili) e invalidanti.

Massimale Importo che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa di Assicurazione, per periodo assicurativo, in relazione alle garanzie prestate.

Nucleo Familiare Il nucleo familiare è composto dall'Assicurato indicato nella Scheda tecnica di modulo e dalle persone che si trovino con lui nelle seguenti condizioni:

- a) Il coniuge non separato o il partner dell'unione civile, anche se non residenti nella medesima abitazione;
- b) Il convivente more uxorio, a condizione che sia residente nella medesima abitazione (come da stato di famiglia);
- c) Le altre persone residenti nella medesima abitazione, a condizione che siano legate a lui e/o ai soggetti di cui ai punti a) e b) da vincoli di parentela, affinità, adozione e tutela.

L'abitazione dell'Assicurato deve essere nel territorio della Repubblica Italiana.

Non si ha vincolo affettivo se la relazione è di tipo contrattuale o basata su ragioni di economicità.

Polizza Il contratto di assicurazione tra l'Impresa di Assicurazione e il Contraente, di cui le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante.

Premio Somma dovuta dal Contraente all'Impresa di Assicurazione a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Reato Violazione di norme penali. Le fattispecie di reato sono previste dal Codice Penale o da norme speciali e si dividono in delitti o contravvenzioni secondo la diversa tipologia delle pene detentive e/o pecuniarie previste per essi dalla legge. I delitti si distinguono in "colposi" e "dolosi" in base all'elemento psicologico del soggetto che li ha posti in essere. Per le contravvenzioni, al contrario, la volontà è irrilevante.

Remunerazione diretta Compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta Compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito – sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute – dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero Degenza in Struttura Sanitaria che comporti almeno un pernottamento.

Scheda tecnica di modulo Documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione (Scheda di polizza).

Scoperto La parte di danno, espressa in percentuale, che l'Assicurato tiene a suo carico.

Sinistro Verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Somma assicurata L'importo che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa di Assicurazione in relazione alle garanzie prestate.

Struttura sanitaria Ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Terrorismo Qualsiasi azione violenta fatta col supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzato da persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione, o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico, se tale azione non può essere definita come atto di guerra, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o meno), guerra civile, ribellione, insurrezione, colpo di Stato o confisca, nazionalizzazione, requisizione e distruzione o danno alla proprietà, causato da o per ordine di Governi o Autorità pubbliche o locali o come atto avvenuto nel contesto di scioperi, sommosse, tumulti popolari o come atto vandalico.

Transazione Accordo col quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra loro insorta o la prevengono.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA Le Condizioni di Assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza e alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Polizza e nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il suddetto Premio è dovuto per l'intera annualità e viene corrisposto con periodicità mensile, mediante addebito diretto sul rapporto di conto corrente UniCredit S.p.A. oppure tramite Genius Card presso UniCredit S.p.A., intestati al Contraente e secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali delle stesse. In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e l'Assicurazio-

ne continua a produrre i propri effetti. Diversamente l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive. L'Assicurazione produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato l'addebito secondo la modalità di pagamento prescelta dal Contraente di tutte le mensilità scadute e non pagate. Nel caso di chiusura del rapporto tra il Contraente e UniCredit, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima mensilità successiva con contestuale chiusura della Polizza.

Art. 2 Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di recedere dall'Assicurazione, entro 14 giorni dalla conclusione della Polizza e di ottenere il rimborso del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta. Per esercitare tale diritto, il Contraente deve, entro il suddetto termine, compilare e sottoscrivere l'apposito modulo disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta

l'Assicurazione. Per la determinazione del rimborso della quota di Premio pagato e non goduto si considera la data della comunicazione all'Intermediario. Nel caso in cui il sinistro si verifichi successivamente all'esercizio del diritto di ripensamento, l'Impresa di Assicurazione non provvederà al pagamento di alcun Indennizzo.

Art. 3 Durata e proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha durata annuale e scade alle ore 24 della data di scadenza indicata nella Scheda di Polizza. In mancanza di disdetta, esercitata almeno 15 giorni prima della scadenza da una delle Parti, della Polizza o del singolo/i modulo/i sottoscritti dal Contraente, l'Assicurazione si rinnova per un anno e così successivamente. La disdetta da parte del Contraen-

te deve essere esercitata mediante la compilazione e la sottoscrizione dell'apposito modulo disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta l'Assicurazione. La disdetta da parte dell'Impresa di Assicurazione deve essere comunicata mediante lettera raccomandata.

Art. 4 Sostituzione e modifiche dell'Assicurazione

Nel caso di variazione o aggiunta di uno o più moduli o di variazioni anagrafiche, il Contraente deve compilare e sottoscrivere l'apposito modulo di sostituzione, disponibile presso la Filiale dell'Intermediario, dove è stata sottoscritta l'Assicurazione. Le

eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa di Assicurazione e dal Contraente.

Art. 5 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta all'Impresa di Assicurazione di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa di Assicurazione

possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 6 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa di Assicurazione è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Pre-

mio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono

comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 8 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare all'Impresa di Assicurazione l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dalla presente Assicurazione, ad eccezione

di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui sia in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 9 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato nei termini contrattualmente stabiliti e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa di Assicurazione ha diritto di recedere dalla presente Polizza con preavviso di 30 giorni ed il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al termine dei 30 giorni suddetti. La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa di Assicurazione al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella cate-

goria dei consumatori ai sensi dell'articolo 3 del D.Lgs. 206/2005 e successive modifiche ed integrazioni. Il Contraente può darne comunicazione all'Impresa di Assicurazione mediante lettera raccomandata. Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa di Assicurazione, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa di Assicurazione stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 10 Interruzione dell'Assicurazione per cessato rischio

Nel caso di interruzione dell'Assicurazione per cessato rischio, il Contraente dovrà compilare e sottoscrivere l'apposito modulo di interruzione per cessato rischio, disponibile presso la filiale dell'Intermediario, dove è stata sottoscritta l'Assicurazione. L'Impresa

di Assicurazione si riserva la facoltà di verificare le dichiarazioni sottoscritte dal Contraente nel modulo di interruzione e di richiedere la copia della documentazione che comprova il cessato rischio, ai sensi dell'articolo 1896 del codice civile.

Art.11 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Na-

zioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 12 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge italiana applicabili.



OPERATIVITÀ DEL MODULO

Art. 1 Chi e cosa assicuriamo

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo in relazione alla pratica di attività sportive da lui svolte a livello ludico/ricreativo e dilettantistico (non esercitate a livello professionale) e che non comportino remunerazione diretta o indiretta, comprese le gare.

Art. 1.1 Persone non assicurabili

Non è assicurabile la persona affetta da:

- alcolismo e tossicodipendenza;

- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Relativamente a quanto sopra valgono le dichiarazioni del Contraente rilasciate al momento della sottoscrizione e riportate nella Scheda di polizza.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'articolo 1898 codice civile.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

GARANZIA SEMPRE OPERANTE

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo, nei limiti del massimale convenuto, di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (ca-

pitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose (intendendosi per tali gli oggetti materiali e gli animali), verificatosi in relazione alla pratica di sport come definito all'articolo "Chi e cosa assicuriamo".

Art. 2 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'Assicurazione i danni:

- derivanti dalle azioni di gioco nell'ambito degli sport non individuali, sia in caso di condotta rispondente alle regole di gioco sia quando, anche in caso di violazione delle regole, l'azione risultasse funzionalmente collegata alla contesa sportiva;
- derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- derivanti dallo svolgimento di attività professionale;

- di furto;
- a cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo;
- da circolazione su strada ad uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore - o comunque di lunghezza superiore a mt.7,5 - e da impiego di aeromobili;
- punitivi di qualunque natura.

Art. 3 Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi i componenti del Nucleo familiare.

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA

Art. 4 Compresenza di garanzia nella Polizza

In caso di compresenza nell'ambito della presente Polizza, del Modulo Famiglia valido ed efficace, l'As-

sicurazione prestata con il presente Modulo opera a primo rischio.

Art. 5 Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i Paesi del mondo.

Art. 6 Franchigia

Relativamente ai danni a cose e agli animali, l'Impresa di Assicurazione, in caso di sinistro, quando la somma da liquidare a termini di polizza sia uguale o inferiore a Euro 250, non corrisponderà alcun risarcimento.

Se la somma risulterà superiore a Euro 250, il risarcimento verrà corrisposto dall'Impresa di Assicurazione con la detrazione della somma di Euro 250 che rimarrà sempre a carico esclusivo dell'Assicurato.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 7 Obblighi

In caso di Sinistro fermi gli obblighi previsti per Legge nonché le conseguenze in caso di inadempimento, il Contraente o l'Assicurato deve:

a) contattare immediatamente il servizio telefonico al numero verde 800.894.022. L'operatore procederà

all'identificazione dell'Assicurato al quale fornirà immediatamente il numero di sinistro e le informazioni per l'inoltro all'ufficio competente della documentazione necessaria all'istruzione della pratica.



Condizioni di Assicurazione

15

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 codice civile;

b) informare immediatamente l'Impresa di Assicurazione delle procedure civili e penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili

alla difesa. L'Impresa di Assicurazione ha facoltà di assumere la direzione della causa e la difesa dell'Assicurato;

c) astenersi da qualunque transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il consenso dell'Impresa di Assicurazione.

Art. 8 Gestione delle vertenze. Spese di resistenza

L'Impresa di Assicurazione assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico dell'Impresa di Assicurazione le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto

del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'Impresa di Assicurazione non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

Art. 9 Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avvi-

so a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Rischi esclusi", vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca durante la pratica di sport come definito all'articolo "Chi e cosa assicuriamo".

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi, equiparati ad un Infortunio:

- asfissia non di origine morbosa;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
- avvelenamento del sangue e infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- annegamento;
- lesioni determinate da sforzo (intendendosi per sforzo il dispiego improvviso e anomalo, al di fuori

ri della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato), limitatamente a quelle muscolari, con esclusione comunque delle rotture sottocutanee dei tendini (intendendosi per tali le lacerazioni totali o parziali di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo);

- ernie, limitatamente a quelle addominali da sforzo ed esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio;
- lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria;
- folgorazione;
- colpi di sole o di calore;
- assideramento o congelamento.

Art. 2 Rischi esclusi

L'Assicurazione non vale per l'Infortunio causato da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta e non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- c) uso, anche come passeggero
 1. di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 2. di aeromobili di aeroclubs;
 3. di apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- d) pratica di sport aerei in genere;
- e) pratica dei seguenti sport:
 1. arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;

2. immersioni con autorespiratore;
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
- i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- j) da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o insurrezioni;
- k) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'Assicurazione:

- m) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- n) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

GARANZIA SEMPRE OPERANTE

Art. 3 Prestazione Invalidità Permanente da Infortunio

Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifichi - anche suc-

cessivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Im-



presa di Assicurazione liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità Permanente (INAIL)" allegata, una indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale indicata nella Scheda tecnica di modulo.

Art. 3.1 Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio

Il grado di Invalidità Permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità Permanente" contrattualmente operante e secondo i seguenti criteri:

- a) si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;
- b) in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- c) in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- e) la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minora-zione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;
- f) in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- g) in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;
- h) i postumi di Invalidità Permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque

entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia;

- i) nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità Permanente" contrattualmente operante, l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'Assicurato.

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità Permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata nella Scheda tecnica di modulo.

Nel predetto caso la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione di cui sopra, il termine di 180 giorni opera dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per la somma assicurata dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente copertura assicurativa limitatamente alla maggiore somma eventualmente assicurata.

Art. 3.2 Criteri di corresponsione dell'Indennità per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio

L'Indennità per Invalidità Permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo la seguente modalità:

Franchigia del 7% con supervalutazione

Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al 7% della totale; se invece essa risulterà di grado compreso tra l'8% e il 48% della totale, l'Indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 7%.

Per le Invalidità Permanenti di grado compreso tra il 49% e il 65% della totale, l'Indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.

Per le Invalidità Permanenti di grado superiore al 65% della totale, l'Impresa di Assicurazione applicherà una supervalutazione e liquiderà in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm.	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
% da liquidare	102	104	106	108	110	113	116	119	122	125	128	131	134	137	140	143	146	149	152	155
% Inv. Perm.	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100					
% da liquidare	158	161	164	167	170	173	176	179	182	185	188	191	194	197	200					

Condizioni di Assicurazione

18

MORTE DA INFORTUNIO

GARANZIA OPZIONALE (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE INDICATA NELLA SCHEDA TECNICA DI MODULO)

Art. 4 Prestazione Morte da Infortunio

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa di Assicurazione liquiderà ai Beneficiari la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda tecnica di modulo.

Qualora invece l'infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'indennità per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'indennità per Invalidità Permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza

tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità Permanente.

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che l'Impresa di Assicurazione avrà pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa di Assicurazione avrà comunque diritto alla restituzione dell'indennizzo corrisposto.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subito.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

GARANZIA OPZIONALE (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE INDICATA NELLA SCHEDA TECNICA DI MODULO)

Art. 5 Prestazione Rimborso Spese Mediche da Infortunio

L'Impresa di Assicurazione rimborserà, fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale convenuto e con lo scoperto indicato nella Scheda tecnica di modulo, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso, indennizzabile a termini di polizza:

- per accertamenti diagnostici;
- per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere);
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi fino a concorrenza del limite indicato nella Scheda tecnica di modulo;

ed in caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per:

- le rette di degenza
- gli onorari dei medici curanti
- i medicinali
- i diritti di sala operatoria
- i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro).

L'Impresa di Assicurazione effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata e comunque dietro presentazione di idonea documentazione sanitaria comprovante l'infortunio occorso.

OPERATIVITÀ DELLA SEZIONE INFORTUNI

Art. 6 Compresenza di garanzia nella Polizza

In caso di compresenza nell'ambito della presente Polizza, del Modulo Persona valido ed efficace, l'As-

sicurazione prestata con il presente Modulo opera a primo rischio.

Art. 7 Validità Territoriale

L'Assicurazione vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i Paesi del mondo.



Art. 8 Ridefinizione del premio per età

Il premio relativo alle garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della presente Sezione viene ridefinito ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato negli allegati "Tabella

Coefficienti Adeguamento premio per età su Invalidità Permanente da Infortunio" e "Tabella Coefficienti Adeguamento premio per età su Rimborso Spese Mediche da Infortunio" contrattualmente operanti.

Art. 9 Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga-

zione di cui all'articolo 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 10 Obblighi

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- fare denuncia telefonica entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'articolo 1913 Codice Civile, alla Centrale Operativa chiamando ai seguenti numeri:
800.894.022 Linea Verde per telefonare dall'Italia;
02.26609596 (chiamando dall'estero anteporre i prefissi necessari per l'Italia).

In fase di denuncia dell'Infortunio occorre indicare il luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e la stessa dovrà essere successivamente corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni;

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispet-

tive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa di Assicurazione.

L'inadempimento di tale obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa di Assicurazione,
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il **Contraente** – se diverso dall'Assicurato – o i **Beneficiari** designati nella Scheda tecnica di modulo **devono darne immediato avviso all'Impresa di Assicurazione** e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 11 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa di Assicurazione – o da un Perito da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio Medico definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Condizioni di Assicurazione

20

Art. 12 Pagamento dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa di Assicurazione determina l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità Permanente sotto forma di capitale:

a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa di Assicurazione abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità Permanente gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della presente Sezione, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa di Assicurazione provvede alla valutazione dell'Invalidità Permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Determinazione dell'Indennità per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche

l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità Permanente da Infortunio, l'importo quantificato od offerto.

- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità Permanente da Infortunio, l'importo quantificato od offerto.
- c) Quanto disciplinato ai punti a) e b) del presente articolo non trova applicazione nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato e sia operativa per l'Assicurato la garanzia Morte. In tal caso l'Impresa di Assicurazione liquida ai Beneficiari designati unicamente la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda tecnica di modulo.

La valutazione dell'Invalidità Permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 13 Anticipo sull'Indennità per il caso di Invalidità Permanente

Su richiesta dell'Assicurato, in caso di infortunio con postumi invalidanti stimati dall'Impresa di Assicurazione in misura prevedibilmente non inferiore al 20%, sarà pagato un acconto pari al 50% del presumibile indennizzo, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro che dovrà avvenire comunque entro 3 anni.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa di Assicurazione circa il grado percentuale definitivo di Invalidità Permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa di Assicurazione sorge comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio.



SEZIONE TUTELA LEGALE

GARANZIA OPZIONALE (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE INDICATA NELLA SCHEDA TECNICA DI MODULO)

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione, assicura, nei limiti del massimale convenuto indicato nella Scheda tecnica di modulo, gli oneri relativi all'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'Assicurato in relazione alla pratica di sport come definito nell'ambito dell'"Operatività del modulo" all'articolo "Chi e cosa assicuriamo".

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento di un legale;
- le spese di un perito nominato dall'Autorità Giudiziaria, oppure dall'Assicurato previo consenso dell'Impresa di Assicurazione;
- le spese di giustizia in sede penale;
- le spese liquidate a favore della controparte nel caso di soccombenza o ad essa eventualmente dovute nel caso di transazione autorizzata dall'Impresa di Assicurazione;
- le indennità spettanti all'Organismo di mediazione nei casi previsti dall'articolo 5 comma 1 D.Lgs. n. 28/2010 (mediazione obbligatoria) e successive modifiche e integrazioni. Tali indennità sono riconosciute nei limiti di quanto previsto dalla Tabella A del D.M. 180/10 e successive modifiche e integrazioni;
- le spese relative al contributo unificato.

Sono compresi in garanzia:

- l'esercizio di pretese al risarcimento di danni a persone e a cose subiti per fatto illecito di terzi (o la costituzione di parte civile in sede penale) comprese le pretese che derivino da sinistri stradali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni oppure come conducenti di biciclette o come passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante;
- la difesa in sede penale nei procedimenti per reati colposi;
- la difesa contro l'imputazione per reati dolosi esclusivamente in caso di derubricazione del titolo di reato da doloso a colposo ovvero in caso di sentenza di assoluzione passata in giudicato (articolo 530 C.P.P. 1° comma), esclusi i casi di estinzione

del reato per qualsiasi causa o per qualunque altro esito del procedimento diverso da quello sopra indicato. L'Impresa di Assicurazione rimborserà le spese di difesa alla conclusione del procedimento, fermo restando l'obbligo per l'Assicurato di denunciare il sinistro al momento in cui viene instaurato il procedimento penale;

- le controversie derivanti da contratti conclusi dalle persone assicurate, purché il valore in lite non sia superiore a Euro 20.000;
- le controversie nelle quali i soggetti assicurati siano convenuti in qualità di civili responsabili per danni extracontrattuali arrecati a terzi; questa copertura opera esclusivamente a condizione che sia esistente una polizza di responsabilità civile e che l'Assicurato ne abbia regolarmente richiesto l'attivazione, con le seguenti modalità:
 - In caso di intervento dell'assicuratore di responsabilità civile a difesa dell'Assicurato, esclusivamente a integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto ai sensi dell'articolo 1917, 3° comma del Codice Civile. Si precisa che non sono rimborsabili spese per l'assistenza di un legale scelto dall'Assicurato qualora la difesa in sede civile sia stata regolarmente assunta dall'assicuratore di responsabilità civile;
 - Nel caso in cui la polizza di responsabilità civile, pure esistente e regolarmente attivata dall'Assicurato, non sia operante per l'evento, questa copertura opera a primo rischio.

L'Impresa di Assicurazione inoltre assicura gli oneri relativi all'assistenza legale stragiudiziale telefonica in caso di un evento riguardante le garanzie oggetto dell'Assicurazione e i relativi rischi assicurati fornendo anche informazioni sulle modalità e i termini per la denuncia dei sinistri, le condizioni di polizza ed i sinistri già in essere. L'Assicurato quindi può usufruire di un servizio gratuito di informazione legale telefonica "di prima necessità" che gli consenta di ottenere anche informazioni e chiarimenti su leggi e normative vigenti, attinenti alla pratica di attività sportiva.

Art. 2 Rischi esclusi

L'Assicurazione non è prestata per le controversie aventi ad oggetto:

- vertenze fra più persone assicurate con la stessa Polizza;

- violazioni conseguenti a tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, atti di vandalismo, terremoto, scioperi e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;

Condizioni di Assicurazione

- violazioni derivanti da fatto doloso dell'Assicurato, fatto salvo quanto disposto in merito dall'articolo "Oggetto dell'Assicurazione";
- inadempimenti o violazioni di norme di diritto tributario od amministrativo;
- fatti originati dalla proprietà o l'uso di veicoli a motore o dalla navigazione e giacenza in acqua di natanti soggetti all'Assicurazione obbligatoria di cui D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e successive modifiche e/o integrazioni, fatto salvo quanto disposto in merito dall'articolo "Oggetto dell'Assicurazione" per i sinistri stradali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni, conducenti di biciclette e passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante;
- fatti originati dalla proprietà o l'uso di aerei a motore, fatto salvo quanto disposto in merito dall'arti-

- colo "Oggetto dell'Assicurazione" per i casi in cui le persone assicurate siano coinvolte in qualità di passeggeri;
- diritti di brevetto, marchio, autore, concorrenza sleale, rapporti tra soci ed amministratori e controversie derivanti da contratto di agenzia;
- casi in cui l'Assicurato debba sostenere sia come attore che come convenuto controversie di valore inferiore a Euro 250.

La garanzia **non vale inoltre** per:

- le multe, le ammende, le sanzioni pecuniarie comminate in via amministrativa e le sanzioni pecuniarie sostitutive di pene detentive brevi;
- gli oneri di natura fiscale, le spese di registrazione e di pubblicazione delle sentenze nonché quelle connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia delle cose.

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA

Art. 3 Compresenza di garanzia nella Polizza

In caso di compresenza, nell'ambito della presente Polizza, del Modulo Famiglia valido ed efficace, l'As-

sicurazione prestata con il presente Modulo opera a primo rischio.

Art. 4 Inizio dell'evento assicurativo

La garanzia vale per i sinistri verificatisi nel periodo di validità del contratto. Per inizio del caso assicurativo si intende il momento in cui una delle due parti avrebbe iniziato a violare norme di legge o di contratto. Qualora il fatto che da origine al Sinistro si protragga attraverso più atti successivi, il Sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui sarebbe stato posto in essere il primo atto. Si considerano a tutti gli effetti un unico Sinistro:

- le vertenze promosse da o contro più persone aventi per oggetto lo stesso fatto, domande identiche o connesse;

- le imputazioni penali a carico di più persone assicurate con la presente Polizza dovute al medesimo fatto;
- i fatti connessi tra loro per tempo di avvenimento o per causalità

La garanzia non opera nei casi assicurativi che traggano origine da rapporti contrattuali che siano stati disdetti da una delle Parti prima della stipulazione della presente Assicurazione.

Per le controversie conseguenti a violazione di contratto la garanzia viene prestata per gli eventi assicurativi verificatisi dopo tre mesi dalla decorrenza della presente Assicurazione.

Art. 5 Validità territoriale

La garanzia vale per l'Europa.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 6 Obblighi

L'Assicurato deve immediatamente darne avviso entro 3 gg. da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'articolo 1913 Codice Civile telefonando ai seguenti numeri:

- 800.894.022 Linea Verde per telefonare dall'Italia;
- 02.26609596 (chiamando dall'estero anteporre i prefissi necessari per l'Italia).

La denuncia deve contenere la narrazione dettagliata del fatto, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, le generalità e l'indirizzo delle persone interessate e degli eventuali testimoni.

Nell'immediatezza della denuncia del sinistro, l'Assicurato deve poi far seguire, a pena di decadenza del diritto alla garanzia assicurativa, tutte le notizie ed i documenti relativi al sinistro ed ogni atto a questi ritualmente notificato, alla data stessa in cui ne sia



venuto in possesso e comunque non oltre il termine di tre mesi dall'eventuale sollecito scritto da parte dell'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato è tenuto a fornire all'Impresa di Assicurazione tutti gli atti e documenti occorrenti, a regolariz-

zarli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro nonché ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della vertenza.

Art. 7 Affidamento della gestione del sinistro

La gestione dei sinistri viene affidata a ALLIANZ S.p.A. ai sensi e per gli effetti dell'articolo 164 del

D.Lgs. 7 settembre 2005, n.209 (Codice delle Assicurazioni)

Art. 8 Gestione del sinistro

L'Impresa di Assicurazione, ricevuta la denuncia di sinistro, esperisce ogni utile tentativo di bonario componimento.

L'Assicurato non può dar corso ad iniziative e ad azioni, raggiungere accordi o transazioni senza il preventivo benestare dell'Impresa di Assicurazione, in caso di inadempimento le spese relative non sono oggetto di copertura.

Per quanto riguarda le spese attinenti all'esecuzione forzata, l'Impresa di Assicurazione tiene indenne l'Assicurato limitatamente ai primi due tentativi.

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e l'Impresa di Assicurazione in merito alla gestione del sinistro, la decisione può essere demandata ad un arbitro designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma di legge. L'arbitro provvede secondo equità. Ciascuna delle parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

L'Impresa di Assicurazione avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 9 Scelta del legale

Qualora non sia stato possibile addivenire ad un bonario componimento della controversia con il terzo, oppure vi sia conflitto di interessi tra l'Impresa di Assicurazione e l'Assicurato, quest'ultimo ha il diritto di scegliere un legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove hanno sede gli uffici giudiziari competenti, segnalandone il nominativo all'Impresa di Assicurazione. Non potranno pertanto essere rimborsate le spese sostenute per l'attività prestata da Avvocati corrispondenti.

L'Impresa di Assicurazione, preso atto della designazione del legale, assumerà a proprio carico le spese relative.

La procura al legale designato dovrà essere rilasciata dall'Assicurato, il quale fornirà altresì la documen-

tazione necessaria, regolarizzandola a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. L'Impresa di Assicurazione provvede alla conferma dell'incarico professionale in tal modo conferito.

La normativa sopra riportata vale anche per la scelta del perito. L'Impresa di Assicurazione avvertirà l'Assicurato del suo diritto di scelta del legale.

L'Impresa di Assicurazione non è responsabile della linea difensiva e dell'operato dei legali e dei periti.

Nel caso in cui l'Assicurato accetti di affidare la tutela dei propri interessi a un legale indicato dall'Impresa, questi si impegna a non chiedere alcun anticipo di spese legali in relazione al proprio compenso.

SEZIONE PRESTAZIONI E SERVIZI

ASSISTENZA SPORT

GARANZIA SEMPRE OPERANTE

1. Validità territoriale

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati, sono prestati per il territorio degli Stati dell'Unione Europea, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio della Norvegia, dell'Islanda, della Svizzera, del Principato di Monaco e di Andorra.

Le garanzie di assistenza s'intendono operanti alle condizioni e secondo le limitazioni previste dalle legislazioni vigenti in ogni singolo paese.

2. Soggetti assicurati

La copertura vale per l'Assicurato indicato nella Scheda tecnica di modulo.

3. Operatività delle garanzie

Le garanzie sono operative nei limiti dei capitali e delle prestazioni previste in polizza.

4. Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante da:

- a) danni diretti o indiretti causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
 - b) atti di sabotaggio, rapine e/o attentati, confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
 - c) scioperi, tumulti, sommosse civili, agitazioni di lavoratori, movimenti di piazza, manifestazioni turbolente o violente, scontri con la polizia, risse;
 - d) danni direttamente o indirettamente causati da, o derivati da, atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa, ma non limiti l'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sola o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo, commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
 - e) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
 - f) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
 - g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
 - h) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
 - i) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
 - j) abuso di alcolici e psicofarmaci e l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - k) un viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
 - l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
 - m) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
 - n) suicidio o tentativo di suicidio;
- Le garanzie, inoltre, non sono operative in caso di:**
- o) fatti derivanti da partecipazione da parte dell'assicurato a gare o competizioni sportive e alle relative



prove ufficiali, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo.

- p) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti, atti

di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta.

5. Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie

- a) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.
- b) la Centrale Operativa non riconosce rimborsi senza il preventivo contatto ed autorizzazione da parte della stessa;
- c) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- d) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazione, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.

- e) in ogni caso i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- f) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- g) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- h) il Contraente libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- a) ritardi o impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore o a disposizioni delle Autorità locali;
- b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

GARANZIE ASSICURATIVE

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa di Assicurazione tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

AVVERTENZE Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo,

al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa.

A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale referante. In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la

specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Condizioni di Assicurazione

26

B. Consulenza in Medicina Sportiva/Ortopedia/Dietologia/Cardiologia

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato sulle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti

o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Medicina dello Sport, Ortopedia, Dietologia, Cardiologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

C. Organizzazione e prenotazione esami

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e

degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento con il centro medico privato convenzionato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Validità territoriale: Italia

D. Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio dell'Assicurato durante un viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- ambulanza;
- treno (se necessario in vagone letto);
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.**

La prestazione è fornita per un massimo di **tre eventi** per Assicurato e per anno assicurativo.

E. Invio familiare

Qualora, in seguito ad infortunio sportivo avvenuto al di fuori della provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in una Struttura Sanitaria per un periodo superiore a 4 giorni, la Centrale Operativa:

- mette a disposizione di un parente dell'Assicurato un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato stesso;



Condizioni di Assicurazione

27

- provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione.

Le prestazioni di cui sopra saranno tenute in carico dalla Centrale Operativa fino al limite massimo e complessivo di euro 300,00 per evento.

F. Accompagnamento minori

Quando, a seguito di ricovero dovuto ad infortunio sportivo avvenuto al di fuori della provincia di residenza, eventuali minori di anni 15 necessitano di un accompagnatore, la Centrale Operativa mette a disposizione dell'accompagnatore designato dall'Assicurato o di un

A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

La prestazione è fornita per un massimo di tre eventi per Assicurato e per anno assicurativo.

familiare un biglietto A/R per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio in Italia.

La prestazione è fornita per un massimo di tre eventi per Assicurato e per anno assicurativo.

G. Prolungamento soggiorno

Qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare a casa nella data prevista a seguito di infortunio sportivo avvenuto al di fuori della provincia di residenza, la Centrale Operativa organizza e prende a proprio carico le spese

di prolungamento del soggiorno fino al massimale di Euro 300,00 per evento.

La prestazione è fornita per un massimo di tre eventi per Assicurato e per anno assicurativo.

H. Rimpatrio salma

In caso di infortunio sportivo avvenuto al di fuori della provincia di residenza, la Centrale Operativa prende a carico, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme inter-

nazionali), fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le spese fino al limite massimo di euro 3.000,00 per evento.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

I. Temporary Inability Care

Validità territoriale: Repubblica Italiana.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

- **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**
L'Assicurato che necessiti di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa che li metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi, o nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le relative spese sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.
- **Controllo a distanza delle condizioni di salute**
La Centrale Operativa telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni me-

diche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

- **Invio di un infermiere al domicilio**

Qualora l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 300,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**.

- **Invio di un fisioterapista al domicilio**

Qualora l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 200,00 ogni 7 giorni di prognosi** comunque con il massimo di 15 giorni. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 220,00 ogni 7 giorni di prognosi** comunque con il massimo di 15 giorni.

- **Esami del sangue a domicilio**

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti**.

- **Consegna esiti a domicilio**

Qualora l'Assicurato si sottoponga ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di sa-

lute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa. **I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.**

- **Consegna medicinali a domicilio**

Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvederà a recapitare al domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.**

- **Ascolto e supporto psicologico**

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.**

- **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

- **Disbrigo faccende domestiche**

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel**



limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

• Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un

deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

J. Rimborso attrezzatura sportiva in caso mancata riconsegna su vettore aereo

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio con la propria attrezzatura sportiva di proprietà, a mezzo di un vettore aereo, l'Impresa indennizza dei danni materiali e diretti a lui derivanti da mancata riconsegna da parte del Vettore aereo dell'attrezzatura sportiva stessa, fino ad un massimo di Euro 500 per periodo assicurativo.

Nel limite del capitale assicurato l'Impresa corrisponde l'indennizzo:

- a) in base al valore commerciale che avevano le cose sottratte al momento del verificarsi del sinistro;
- b) con il limite massimo per oggetto di Euro 250;
- c) successivamente a quello del Vettore responsabili dell'evento, fino alla concorrenza del capitale Assicurato, al netto di quanto già indennizzato e solo qualora il risarcimento non copra l'intero ammontare del danno.

K. Traino bicicletta per foratura pneumatico

Validità territoriale: Italia.

L'Impresa di Assicurazione organizza tenendo a proprio carico i relativi costi, il traino della bicicletta di proprietà dell'Assicurato, non marciante a seguito di foratura del pneumatico in viabilità ordinaria fino alla destinazione scelta dall'assicurato entro 50 km dal luogo del fermo. L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso dell'importo anticipato dal Contraente esclusivamente qualora:

- la Centrale Operativa abbia preventivamente autorizzato il soccorso;
- il soccorso sia stato disposto dalla Pubblica Autorità.

Qualsiasi costo eccedente resta interamente a carico dell'assicurato.

La prestazione è fornita per un massimo di tre eventi per anno assicurativo.

L. Invio taxi in seguito al Traino bicicletta per foratura pneumatico

Qualora, a seguito della richiesta di un traino della bicicletta di proprietà dell'assicurato per foratura pneumatico, l'Assicurato necessiti di rientrare alla residenza o al domicilio ha diritto all'invio di un taxi od al rimborso,

previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa, del costo sostenuto per lo stesso fino al massimale complessivo di Euro 50,00 per evento.

Validità territoriale: Italia.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Qualora l'Assicurato intenda dare avviso dell'avvenimento di un Sinistro riconducibile alle prestazioni previste nel presente contratto e intenda richiedere assistenza, deve fare denuncia telefonica alla Centrale Operativa chiamando il:

- numero verde dall' Italia: 800.894.022
- numero dall'estero: +39 02 26609596

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome, cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- codice fiscale.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà

essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a.r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4, 20123 MILANO (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate. Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, l'Assicurato dovrà:

- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

ALLEGATI

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ DI INVALIDITÀ PERMANENTE (INAIL)

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'indennità per Invalidità Permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - verrà calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in base alle percentuali previste

dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa di Assicurazione all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
Sordità completa di 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 applicazioni di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa 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 corrisponde indennità	=	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione 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%
– dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
– di tutte le dita della mano	65%	55%
– del pollice e del primo metacarpo	35%	30%



Condizioni di Assicurazione

31

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
– totale del pollice	28%	23%
– totale dell'indice	15%	13%
– totale del medio	12%	
– totale dell'anulare	8%	
– totale del mignolo	12%	
– della falange ungueale del pollice	15%	12%
– della falange ungueale dell'indice	7%	6%
– della falange ungueale del medio	5%	
– della falange ungueale dell'anulare	3%	
– della falange ungueale del mignolo	5%	
– delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
– delle due ultime falangi del medio	8%	
– delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
– delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchoriosi 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'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchoriosi 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%	

Condizioni di Assicurazione

32

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
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%	
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 dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) 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.
- 3) 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 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

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

- 6) 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.



Condizioni di Assicurazione

33

Tabella Coefficienti Adeguamento premio per età su Invalità Permanente da Infortunio

ETÀ	COEFFICIENTE	ETÀ	COEFFICIENTE
0	1,100	38	0,706
1	1,100	39	0,705
2	1,100	40	0,706
3	1,100	41	0,709
4	1,100	42	0,715
5	1,100	43	0,724
6	1,100	44	0,735
7	1,100	45	0,748
8	1,100	46	0,765
9	1,100	47	0,785
10	1,100	48	0,808
11	1,100	49	0,834
12	1,100	50	0,864
13	1,100	51	0,898
14	1,100	52	0,937
15	1,100	53	0,981
16	1,100	54	1,030
17	1,100	55	1,066
18	1,100	56	1,089
19	1,100	57	1,122
20	1,100	58	1,141
21	1,100	59	1,171
22	1,100	60	1,203
23	1,070	61	1,239
24	1,020	62	1,258
25	0,983	63	1,278
26	0,939	64	1,293
27	0,900	65	1,293
28	0,866	66	1,308
29	0,835	67	1,315
30	0,809	68	1,323
31	0,786	69	1,330
32	0,766	70	1,330
33	0,749	71	1,338
34	0,735	72	1,338
35	0,724	73	1,338
36	0,716	74	1,338
37	0,710	75	1,338

Tabella Coefficienti Adeguamento premio per età su Rimborso Spese Mediche da Infortunio

ETÀ	COEFFICIENTE
0	1,290
1	1,290
2	1,290
3	1,290
4	1,290
5	1,290
6	1,290
7	1,290
8	1,290
9	1,290
10	1,290
11	1,290
12	1,290
13	1,290
14	1,290
15	1,290
16	1,290
17	1,290
18	1,290
19	1,290
20	1,290
21	1,290
22	1,208
23	1,129
24	1,052
25	0,987
26	0,936
27	0,893
28	0,862
29	0,837
30	0,838
31	0,839
32	0,851
33	0,851
34	0,860
35	0,869
36	0,878
37	0,887

ETÀ	COEFFICIENTE
38	0,891
39	0,900
40	0,909
41	0,919
42	0,928
43	0,937
44	0,947
45	0,956
46	0,966
47	0,975
48	0,985
49	0,994
50	1,004
51	1,014
52	1,023
53	1,033
54	1,043
55	1,053
56	1,055
57	1,055
58	1,055
59	1,055
60	1,055
61	1,055
62	1,055
63	1,055
64	1,055
65	1,055
66	1,055
67	1,055
68	1,055
69	1,055
70	1,055
71	1,055
72	1,055
73	1,055
74	1,055
75	1,055



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei

dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, il Titolare acquisisce i dati dell'interessato per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati stessi. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati).

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è CreditRas Assicurazioni S.p.A., con sede a Milano in P.zza Tre Torri 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo CreditRas Assicurazioni S.p.A – P.zza Tre Torri 3 – 20145 Milano, ove sono disponibili anche

la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., P.zza Tre Torri 3 – Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: Dpo.CreditRas.Assicurazioni@creditrassicurazioni.it.

2. Categorie di dati raccolti

La Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (nello specifico dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) trattati solo in quanto siano strumentali all'esecuzione del rapporto assicurativo.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- Dati personali;

- Dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, vita sessuale, orientamento sessuale, origine razziale o etnica, ecc.) **per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc.. sono utilizzati da CreditRas Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire

alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;

Condizioni di Assicurazione

36

- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati, anche eventualmente comunicati a CreditRas Assicurazioni S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.

I dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di anti-frode (come anche indicato nel Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative). I dati degli interessati, potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

Tenuto conto che CreditRas Assicurazioni S.p.A. ha previsto di chiedere il consenso al trattamento dei dati, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali. In via alternativa, in mancanza del suo espresso consenso la base giuridica dei trattamenti

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS ed MMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. Utilizziamo le medesi-

consiste nel fatto che, in talune circostanze, il trattamento è necessario all'esecuzione di prestazioni contrattuali, cui CreditRas Assicurazioni S.p.A. è tenuta, e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

CreditRas Assicurazioni S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Premesso che il consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo, preme precisare che, in caso di rifiuto, CreditRas Assicurazioni S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati siano stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

me modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di nostra fiducia che svolgano per conto di CreditRas Assicurazioni S.p.A., compiti di natura tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo finalizzato alla liquidazione dei sinistri e per la ridistribuzione del rischio.

Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di CreditRas Assicurazioni S.p.A. e ricoprono la funzione di "responsabile", di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali (intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela



giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; 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.

Così pure i dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da CreditRas Assicurazioni S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCRs non trovassero applicazione, CreditRas Assicurazioni S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali.

Nel caso in cui si voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di

Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

conservazione può scrivere a: CredirAs Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e mail privacy@creditrassicurezioni.it. In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Assicurazioni S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicurati un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea.

CreditRas Assicurazioni S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso

prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano.

L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;

- chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Assicurazioni S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
- per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
- conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
- ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
- conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Assicurazioni S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono. In ogni caso CreditRas Assicurazioni S.p.A. adotterà ogni cura per evitare un utilizzo dei dati stessi a tempo indeterminato, procedendo con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del

- adire la funzione privacy di CreditRas Assicurazioni S.p.A. ovvero il Garante della Privacy.

7.a) Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

L'eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.

Per l'esercizio dei suoi diritti derivanti dal contratto di assicurazione può rivolgersi a CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 o e-mail privacy@creditrassicurazioni.it.

soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

In applicazione di questi criteri, di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione:

15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006, Reg. IVASS 27/2008, e s.m.i.).

Nei residuali casi in cui non sia possibile individuare uno specifico termine di conservazione del dato personale, il termine di conservazione sarà determinato secondo i criteri finalizzati al rispetto dei principi di correttezza, bilanciamento degli interessi, necessità e minimizzazione.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Sede legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. +39 027216.1 - Fax +39 027216.4032

creditrasassicurazioni@pec.allianz.it - www.creditrasassicurazioni.it - CF. P. IVA e Reg. Impr. Milano n. 08965220158

Capitale sociale sottoscritto e versato euro 12.000.000

Iscritta all'albo imprese di assicurazione n. 1.00088 - Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz,
iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018 - Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.