UniCredit | Allianz

Assicurazioni

UniCredit MY CARE Famiglia **SPORT**

Nel presente Set informativo sono contenuti:

- **Documento informativo relativo al prodotto assicurativo**
- **Documento informativo aggiuntivo relativo al prodotto assicurativo**
- **Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario**

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente quanto riportato all'interno del presente documento

Edizione 07/2022

"UniCredit MY CARE Famiglia", di seguito denominato **"MY CARE"**,

è distribuito da UniCredit

Assicurazione contro i danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Compagnia: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. Prodotto: My Care - Sport

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione che offre una copertura assicurativa per la protezione dell'Assicurato contro i danni in relazione alla pratica di attività sportive svolte a livello ludico/ricreativo e dilettantistico .

Che cosa è assicurato?

- ✔ L'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo.
- ✔ L'attività sportiva deve essere svolta a livello ludico-ricreativo e dilettantistico.

La copertura base contiene le garanzie:
- ✔ Responsabilità civile verso terzi
- ✔ Invalidità permanente da infortunio
- ✔ Assistenza sport

La copertura può essere integrata con le seguenti garanzie opzionali con pagamento di un premio aggiuntivo:
- ✔ Morte da infortunio
- ✔ Rimborso spese mediche da infortunio
- ✔ Tutela legale

L'assicurazione è prestata per le **garanzie** ed **entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali** indicati nella Scheda tecnica di modulo.
Per il dettaglio dei contenuti delle suddette coperture, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni alla Sezione "Che cosa è assicurato?".

Che cosa non è assicurato?

- ✘ **Non sono assicurabili le persone che svolgono attività sportive a livello professionistico o che comportano remunerazione diretta o indiretta** ossia compensi monetari, sia a carattere continuativo sia non continuativo, determinati o forfettari, anche sotto forma di rimborso spese.
- ✘ **Non sono assicurabili le persone affette da:**
  - alcolismo e tossicodipendenza;
  - sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
  - epilessia;
  - psicosi e disturbi gravi della personalità.
- ✘ **Non sono assicurabili le persone che:**
  - soffrono o hanno sofferto di malattie gravi permanenti ossia malattie croniche (insanabili) e invalidanti;
  - sono affette da infermità ossia malattie di lunga durata o invalidità (anche da infortunio) gravi (superiori al 25%);
  - sono affette da difetti fisici ossia 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.

Per la descrizione completa dei rischi esclusi, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa NON è assicurato?"

Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione prevede alcuni limiti di copertura, limiti di indennizzo, franchigie e scoperti per il cui dettaglio si rimanda al **DIP aggiuntivo Danni alla Sezione "Ci sono limiti di copertura?"** e alla **Scheda tecnica di modulo.**

Dove vale la copertura?

- ✔ L'Assicurazione vale per i danni che avvengono nel territorio di tutti i Paesi del mondo.
- ✔ Limitatamente alla garanzia "Tutela legale" la copertura è valida per l'Europa.
- ✔ Limitatamente alla garanzia "Assistenza" la copertura è valida 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, il principato di Andorra. Alcune garanzie specifiche valgono unicamente per il territorio della Repubblica Italiana.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e viene corrisposto con periodicità mensile, mediante addebito diretto sul rapporto di conto corrente UniCredit oppure tramite carta prepagata della gamma Genius Card UniCredit o carta di credito della gamma UniCredit Card Flexia, intestati al Contraente e secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali delle stesse.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e ha durata di un anno. 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.

Come posso disdire la polizza?

Il Contraente, entro 14 giorni dalla conclusione della Polizza e a condizione che in detto periodo non sia avvenuto alcun sinistro, ha la facoltà di recedere dall'Assicurazione 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 le Filiali dell'Intermediario o fornito dal Servizio Clienti UniCredit e restituirlo con le modalità indicate oppure inoltrare direttamente all'Impresa di Assicurazione la suddetta comunicazione di ripensamento debitamente firmata tramite raccomandata A/R, fornendo le coordinate bancarie necessarie per il rimborso (Titolare del Conto corrente, IBAN e Banca).
Il Contraente può inoltre disdettare il modulo entro 15 giorni dalla scadenza annuale mediante la compilazione e la sottoscrizione dell'apposito modulo disponibile presso le Filiali dell'Intermediario oppure contattando il Servizio Clienti UniCredit.

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Assicurazione contro i danni

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

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., Gruppo Allianz
Prodotto "My Care – Sport"

01/07/2022 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. 800116633 - sito internet: **www.unicreditallianzassicurazioni.it**; e-mail: **Info_UnicreditAllianz.Assicurazioni@allianz.it**; PEC: **unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.**

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00088, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 19/03/1990, (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31/03/1990) - Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'albo gruppi assicurativi n.018 - soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. ed UniCredit S.p.A.. **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.
Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:
Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 135,9 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 52 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 50,5 milioni di euro.
Per ulteriori informazioni patrimoniali sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa sul sito http://www.unicreditallianzassicurazioni.it/unicreditallianzassicurazioni/chi-siamo/report-SFCR e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 63.734
- del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 28.680
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 168.158
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 168.158

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 264%

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

Si precisa che per ciascuna garanzia prestata, l'ampiezza dell'impegno dell'impresa di assicurazione è rapportata ai massimali e, ove previste, alle somme assicurate concordate con l'Assicurato puntualmente indicati nella Scheda tecnica di Modulo.

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI **Garanzia sempre operante**	L'Impresa di Assicurazione 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 (capitali, 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 attività sportive da lui svolte a livello ludico/ricreativo e dilettantistico (non esercitate a livello professionistico) e che non comportino remunerazione diretta o indiretta.

SEZIONE INFORTUNI **Garanzia sempre operante**	L'Assicurazione vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca durante la 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. 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 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.
SEZIONE INFORTUNI INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO **Garanzia sempre operante**	Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una Invalidità Permanente 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 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 indicata nella Scheda tecnica di modulo.
SEZIONE PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZA SPORT **Garanzia sempre operante**	Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono riportate di seguito: • second opinion - consulenza sanitaria di altissima specializzazione • Consulenza in Medicina Sportiva/Ortopedia/Dietologia/Cardiologia • Organizzazione e prenotazione esami • rientro al domicilio o rimpatrio sanitario • invio familiare • accompagnamento minori • prolungamento soggiorno • rimpatrio salma • temporary inability care che prevede prestazioni conseguenti a ricovero presso un pronto soccorso, day hospital, day surgery, ospedale. • Rimborso attrezzatura sportiva in caso mancata riconsegna su vettore aereo • Traino bicicletta per foratura pneumatico • Invio taxi in seguito al Traino bicicletta per foratura pneumatico • Spese di Elisoccorso o di recupero in pista
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
SEZIONE INFORTUNI MORTE DA INFORTUNIO **Garanzia opzionale valida solo se espressamente indicata nella scheda tecnica di modulo**	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 subita.

SEZIONE INFORTUNI RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO **Garanzia opzionale valida solo se espressamente indicata nella scheda tecnica di modulo**	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.
SEZIONE TUTELA LEGALE **Garanzia opzionale valida solo se espressamente indicata nella scheda tecnica di modulo**	L'Impresa di Assicurazione 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 attività sportive da lui svolte a livello ludico/ ricreativo e dilettantistico (non esercitate a livello professionistico) e che non comportino remunerazione diretta o indiretta. 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.

Che cosa NON è assicurato?

MODULO	**Ad integrazione delle informazioni rese nel DIP Danni alla sezione "Che cosa non è assicurato?", si precisa che, qualora nel corso della copertura assicurativa, insorga una o più delle affezioni sotto riportate, o l'Assicurato inizi a svolgere attività sportiva a livello professionistico, la copertura cessa con effetto immediato ai sensi dell'articolo 1898 codice civile:** • alcolismo e tossicodipendenza; • sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); • epilessia; • psicosi e disturbi gravi della personalità.
SEZIONE TUTELA LEGALE	La garanzia non vale 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.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI **Rischi esclusi**	**Le garanzie sono prestate entro i Massimali assicurati e i Limiti di indennizzo riportati nella Scheda tecnica di modulo, con l'applicazione degli Scoperti e Franchigie indicati nella scheda stessa.** 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.
SEZIONE INFORTUNI **Rischi esclusi**	**Le garanzie sono prestate entro i Massimali assicurati e i Limiti di indennizzo riportati nella Scheda tecnica di modulo, con l'applicazione degli Scoperti e Franchigie indicati nella scheda stessa.** 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: a) 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 idroscì, 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; b) immersioni con auto respiratore; 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.
SEZIONE INFORTUNI **Prestazione Invalidità Permanente da infortunio**	L'indennità per Invalidità Permanente da Infortunio prevede una Franchigia del 7% con supervalutazione e viene corrisposta secondo la seguente modalità: 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
SEZIONE TUTELA LEGALE	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, non ché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; • violazioni derivanti da fatto doloso dell'Assicurato; • 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; • fatti originati dalla proprietà o l'uso di aerei a motore; • 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.
SEZIONE PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZA SPORT	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.

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.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso.
Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa.
Per l'espletamento di alcune prestazioni l'assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.
La prenotazione/organizzazione di eventuali visite specialistiche e accertamenti diagnostici è gratuita, i costi delle visite e degli accertamenti sono a carico dell'Assicurato.

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario
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.

Invio Familiare
In caso di infortunio fuori dalla provincia di residenza con ricovero superiore a 4 giorni sono compresi, per un parente, i costi per il biglietto aereo o ferroviario e le spese di pernottamento e prima colazione fino al limite massimo e complessivo di **300 Euro** per evento. Eventuali maggiori spese restano a carico del parente. La prestazione è fornita per un massimo di **tre eventi** per Assicurato e per anno assicurativo.

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

Prolungamento soggiorno
Sono comprese le spese di prolungamento del soggiorno fino al massimale di **Euro 300** per evento.
La prestazione è fornita per un massimo di **tre eventi** per Assicurato e per anno assicurativo.

Rimpatrio salma
Limite massimo di **Euro 3.000** per evento. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Temporary inability care
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**.
L'aiuto domiciliare è prestato per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data di 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 emerga 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.

- Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche
  Rimborso delle spese per presidi ortopedici sino a un massimo di **Euro 350** per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.
- Invio di un infermiere al domicilio
  entro i primi 30 giorni successivi alla dimissione, invio di un infermiere a domicilio fino a un massimo di **Euro 300** ogni 7 giorni di prognosi.
- Invio di un fisioterapista al domicilio
  entro i primi 30 giorni successivi alla dimissione, invio di un infermiere a domicilio fino a un massimo di **Euro 200** ogni 7 giorni di prognosi con il massimo di 15 giorni (elevato a 220 Euro in caso di irreperibilità).
- Esami del sangue a domicilio
  È coperto il costo relativo all'organizzazione e il prelievo. Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.
- Consegna esiti a domicilio
  I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.
- Consegna medicinali a domicilio

	Restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali. • Ascolto e supporto psicologico È compreso il costo per un ascolto telefonico. Il costo di una o più sedute terapeutiche presso uno specialista rimarrà a carico dell'Assicurato. • Disbrigo pagamento utenze domiciliari Resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari. • Disbrigo faccende domestiche Sono comprese le spese per 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** ogni 7 giorni di prognosi (elevato a 170 Euro in caso di irreperibilità) • Ricovero auto Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo. Rimborso attrezzatura sportiva in caso mancata riconsegna su vettore aereo Limite di **Euro 500** per periodo assicurativo con il massimo di **Euro 250 per oggetto**. Traino bicicletta per foratura pneumatico Il rimborso dei costi per il traino della bicicletta viene effettuato solo se: - 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. Invio taxi in seguito al Traino bicicletta per foratura pneumatico Rimborso massimo complessivo di **Euro 50** per evento. Spese di Elisoccorso o di recupero in pista Rimborso delle spese di elisoccorso o di recupero in pista fino a **Euro 2.000** per evento e per anno assicurativo, dietro presentazione di idonea documentazione di spesa.
ESEMPLIFICAZIONE DELL'APPLICAZIONE DI SCOPERTI **e/o** **FRANCHIGIE**	**Applicazione di Scoperti/Franchigie** **Franchigia Euro 200** Caso 1 Danno accertato e coperto dall'assicurazione = Euro 1.000 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 900 Importo indennizzato = 1.000 – 200 = Euro 800 Caso 2 Danno accertato e coperto dall'assicurazione = Euro 1.000 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 2.000 Importo indennizzato = 1.000 – 200 = Euro 800 **Scoperto 10% minimo Euro 200** Caso 1 Danno accertato e coperto dall'assicurazione = Euro 5.000 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 2.000 Scoperto 10% sul danno accertato = Euro 500 Importo indennizzato = Euro 2.000 Caso 2 Danno accertato e coperto dall'assicurazione = Euro 5.000 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 5.100 Scoperto 10% sul danno accertato = Euro 500 Importo indennizzato = 5.000 – 500 = Euro 4.500

	Franchigia 7% con supervalutazione Caso 1 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 100.000 Invalidità permanente da infortunio accertata = 20% % da liquidare = 20 – 7 = 13% Importo indennizzato = 13% di Euro 100.000 = 13.000 Caso 2 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 100.000 Invalidità permanente da infortunio accertata = 50% % da liquidare = 100% del capitale Importo indennizzato = 100% di Euro 100.000 = 100.000 Caso 3 Somma assicurata/Limite di indennizzo = Euro 100.000 Invalidità permanente da infortunio accertata = 85% % da liquidare come da tabella = 155% del capitale Importo indennizzato = 155% di Euro 100.000 = 155.000

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** In caso di sinistro e/o necessita di assistenza il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve fare denuncia telefonica 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).
	Assistenza diretta/in convenzione: AWP P&C S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia - Casella Postale 302 Via Cordusio, 4 - 20123 Milano
	Gestione da parte di altre imprese: I sinistri relativi alle garanzie prestate sono gestiti da: ALLIANZ S.p.A. - P.zza Tre Torri, 3 - 20145 Milano I sinistri relativi alle garanzie Assistenza sono gestiti da: AWP P&C S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia - Casella Postale 302 - Via Cordusio, 4 - 20123 Milano
	Prescrizione: I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in **2 anni**.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (come ad esempio, la dichiarazione inesatta o reticente relativa all'attività professionale svolta oppure la mancata comunicazione della sua variazione) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	L'impresa di Assicurazione verifica l'operatività della garanzia e, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro lo stesso termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

Quando e come devo pagare?

Premio	In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e l'Assicurazione 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. Il premio relativo alle garanzie "Invalidità Permanente da Infortunio" e "Rimborso Spese Mediche da Infortunio" della Sezione Infortuni 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.
Rimborso	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 la determinazione del rimborso della quota di Premio pagato e non goduto si considera la data della comunicazione all'Intermediario.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Relativamente alla Sezione Tutela Legale, per le controversie conseguenti a violazione di contratto, la garanzia viene prestata per gli eventi assicurativi verificatisi dopo un periodo di carenza di tre mesi dalla decorrenza della presente polizza.
Sospensione	Non prevista

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
Risoluzione	Nel caso di interruzione dell'Assicurazione per cessato rischio, il Contraente deve rivolgersi alle Filiali dell'Intermediario per compilare e sottoscrivere l'apposito modulo di interruzione per cessato rischio oppure contattare il Servizio Clienti UniCredit. 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, il Contraente ha diritto di recedere dalla 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

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato alle Persone Fisiche clienti UniCredit titolari di un conto corrente UniCredit o di una carta prepagata della gamma Genius Card UniCredit che vogliono proteggere uno o più membri del nucleo familiare assicurato - il proprio o diverso dal proprio - dai rischi connessi alla pratica di attività sportive svolte a livello ludico/ricreativo e dilettantistico sia per quanto attiene a responsabilità per danni a terzi che per le conseguenze economiche di infortunio dell'Assicurato.
Il Contraente deve avere un'età pari o superiore a 18 anni e deve essere residente nel territorio della Repubblica Italiana.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
La quota parte percepita in media dagli intermediari è stabilita nella misura del 24% (calcolata sul premio imponibile annuo).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • **posta cartacea indirizzata a UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano;** • **Fax: 02 72162588;** • **tramite indirizzo email: reclami@unicreditallianzassicurazioni.it** L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 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, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e 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, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'impresa e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'**IVASS - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su www.ivass.it** corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. 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 I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa **www.unicreditallianzassicurazioni.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 all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it**. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. **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 l'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. **Risoluzione di liti transfrontaliere** Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito **http://www.ec.europa.eu/fin-net**), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

UniCredit | Allianz

Assicurazioni

Condizioni di Assicurazione

MY CARE SPORT

Contratto di Assicurazione per lo Sport

Edizione 07/2022

Il presente documento, contenente le Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Società del Gruppo Assicurativo Allianz

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

le Filiali UniCredit

il Servizio Clienti UniCredit

Per informazioni è attivo:

per i clienti Retail:
- da telefono fisso: **800.00.15.00**
- dall’estero e dal cellulare: **+39 02 33408973**

per i clienti Private:
- da telefono fisso: **800.710.710**
- dall’estero e dal cellulare: **+39 02 33408963**

Ricordati di scaricare la APP che ti permetterà di consultare le coperture e fruire dei servizi che avrai abbinato alla tua Polizza

AVVERTENZA

L’APP è compatibile ***esclusivamente*** *con i sistemi operativi iOS e Android più recenti.*
Non sarà possibile effettuare il download dai dispositivi Android con processore Intel X86.
Prima di procedere alla sottoscrizione verifica che il tuo dispositivo mobile sia compatibile con il download dell’APP direttamente negli store!

Per i sinistri

Puoi contattare il seguente Numero Verde **800.894.022**
dall’estero **+39 02 26609596**

Glossario 4

Condizioni di Assicurazione 6

Condizioni generali di Assicurazione 6

Operatività del modulo 8

Sezione responsabilità civile verso terzi 9

Sezione infortuni 11

Sezione tutela legale 16

Sezione prestazioni e servizi 19

Allegati 26

Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza 31

GLOSSARIO

Abitazione Fabbricato o porzione di fabbricato adibito ad esclusivo uso abitativo privato situato nel territorio della Repubblica Italiana.
Assicurato Il soggetto, facente parte del Nucleo familiare assicurato, 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 dall'Assicurato 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 P&C S.A., Rappresentanza generale per l'Italia che provvede 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 esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche.
Day Surgery Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca 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.
Estero 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 UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.
Inabilità temporanea Temporanea incapacità, totale o parziale, di attendere alle attività professionali dichiarate in polizza 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.
Invalidità Permanente Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente 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 civi-

le, 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 di Polizza Documento riepilogativo dell'Assicurazione quadro, sottoscritta dal Contraente.

Scheda di Preventivo Documento riepilogativo dei moduli selezionati dal Contraente, durante la fase di preventivazione

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 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 oppure tramite carta prepagata della gamma Genius Card UniCredit o carta di credito della gamma UniCredit Card Flexia, 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'Assicurazione 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, entro 14 giorni dalla conclusione della Polizza e a condizione che in detto periodo non sia avvenuto alcun sinistro, ha la facoltà di recedere dall'Assicurazione 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 le Filiali dell'Intermediario o fornito dal Servizio Clienti UniCredit e restituirlo con le modalità indicate oppure inoltrare direttamente all'Impresa di Assicurazione la suddetta comunicazione di ripensamento debitamente firmata tramite raccomandata A/R, fornendo le coordinate bancarie necessarie per il rimborso (Titolare del Conto corrente, IBAN e Banca).
Per la determinazione del rimborso della quota di Premio pagato e non goduto si considera la data della comunicazione all'Intermediario oppure la data dell'invio della raccomandata A/R. 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 della Polizza o del singolo/i modulo/i sottoscritti dal Contraente, esercitata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione si rinnova per un anno e così successivamente. La disdetta da parte del Contraente deve essere esercitata mediante la compilazione e la sottoscrizione dell'apposito modulo disponibile presso le Filiali dell'Intermediario oppure contattando il Servizio Clienti UniCredit. 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 rivolgersi alle Filiali dell'Intermediario oppure contattare il Servizio Clienti UniCredit.
Solo in caso di variazioni che comportino una diminuzione del rischio con conseguente rimborso parziale del premio pagato, il Contraente deve compilare e sottoscrivere l'apposito modulo di sostituzione disponibile presso le Filiali dell'Intermediario oppure contattare il Servizio Clienti UniCredit fornendo le coordi-

nate bancarie necessarie per il rimborso (Titolare del Conto corrente, IBAN e Banca). 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 deve 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 Premio 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 categoria 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 deve rivolgersi alle Filiali dell'Intermediario per compilare e sottoscrivere l'apposito modulo di interruzione per cessato rischio oppure contattare il Servizio Clienti UniCredit fornendo le coordinate bancarie necessarie per il rimborso parziale del premio pagato e non goduto (Titolare del Conto corrente, IBAN e Banca).
L'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di verificare le dichiarazioni fornite telefonicamente o sottoscritte dal Contraente nel modulo di interruzione e di richiedere la copia della documentazione che comprova il cessato rischio, ai sensi dell'art. 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 Nazioni 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 professionistico) 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.

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.

Non è assicurabile la persona che, al momento della sottoscrizione, soffre o ha sofferto di malattie gravi permanenti, è affetta da infermità o difetti fisici.
Relativamente a quanto sopra valgono le dichiarazioni del Contraente rilasciate al momento della sottoscrizione e riportate nella Scheda di polizza.
Non sono assicurabili le persone che svolgono attività sportive a livello professionistico o che comportano remunerazione diretta o indiretta ossia compensi monetari, sia a carattere continuativo sia non continuativo, determinati o forfettari, anche sotto forma di rimborso spese.
Qualora nel corso della copertura assicurativa l'Assicurato inizi a svolgere l'attività sportiva a livello professionistico o a percepire remunerazione diretta o indiretta, 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

La copertura è prestata, per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo, entro i massimali e i Limiti di indennizzo e con l'applicazione degli scoperti e franchigie indicati nella stessa.
L'Impresa di Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, 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'Assicurazione 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.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 6 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. 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. 7 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. 8 Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 Codice Civile.

Art. 9 Pagamento dell'Indennizzo

L'impresa di Assicurazione, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

La copertura è prestata, per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo, entro le somme assicurate, i massimali e i Limiti di indennizzo e con l'applicazione degli scoperti e franchigie indicati nella stessa.
L'Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente previsto dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione, 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 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:
   a) 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 idroscì, 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;
   b) 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 successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa 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 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 minorazione 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, con l'applicazione del limite di indennizzo indicato 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

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 subita.

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'Assicurazione 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 surrogazione 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 rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa di Assicurazione.

L'inadempimento di tale obbligo 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 all'Impresa di Assicurazione 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.

Art. 12 Pagamento dell'indennità

L'impresa di Assicurazione, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso . Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.
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 conguagliarsi 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;

- 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'articolo "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'Assicurazione 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 dà 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 Assicura-

zione tutti gli atti e documenti occorrenti, a regolarizzarli 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 documentazione 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 di Assicurazione, questi si impegna a non chiedere alcun anticipo di spese legali in relazione al proprio compenso.

Art. 10 Pagamento dell'Indennizzo

L'impresa di Assicurazione, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

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'assi-

curato 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 richieda 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 P&C S.A., Rappresentanza generale per l'Italia 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 refertante. 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.

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

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24
Quando l'Assicurato necessiti 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 ovviando 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 medicospecialistico 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–diagnostici-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;
- 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 per evento.

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..

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 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 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 internazionali), fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le spese fino al limite massimo di Euro 3.000 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 emerga 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 presidio/i, 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 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 mediche 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 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 300 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 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 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 salute 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 potervi 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 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 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 potervi 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 per evento.
Validità territoriale: Italia.

M. Spese di Elisoccorso o di recupero in pista

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un soccorso con trasferimento organizzato a fondo valle tramite Elisoccorso o tramite toboga, disposto da autorità mediche o civili in loco, il cui utilizzo non sia regolamentato o pagato totalmente/parzialmente dai Servizi Sanitari o dai servizi pubblici locali, la Centrale Operativa provvede anche senza preventiva autorizzazione e nel limite del capitale assicurato, al rimborso delle spese di elisoccorso o di recupero in pista fino a Euro 2.000 per evento e per anno assicurativo, dietro presentazione di idonea documentazione di spesa.

NORME IN CASO DI SINISTRO

Obblighi

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 P&C S.A., Rappresentanza generale per l'Italia
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.

Pagamento dell'Indennizzo

L'impresa di Assicurazione, in caso di pagamento con rimborso della prestazione assicurata, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso . Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

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%

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- 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%	
Anchilosi 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'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi 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%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	

Descrizione	Percentuale	
	des.	sin.
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
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

Visus perduto	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
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

Tabella Coefficienti Adeguamento premio per età su Invalidità Permanente da Infortunio

ETÀ	COEFFICIENTE
0	1,100
1	1,100
2	1,100
3	1,100
4	1,100
5	1,100
6	1,100
7	1,100
8	1,100
9	1,100
10	1,100
11	1,100
12	1,100
13	1,100
14	1,100
15	1,100
16	1,100
17	1,100
18	1,100
19	1,100
20	1,100
21	1,100
22	1,100
23	1,070
24	1,020
25	0,983
26	0,939
27	0,900
28	0,866
29	0,835
30	0,809
31	0,786
32	0,766
33	0,749
34	0,735
35	0,724
36	0,716
37	0,710

ETÀ	COEFFICIENTE
38	0,706
39	0,705
40	0,706
41	0,709
42	0,715
43	0,724
44	0,735
45	0,748
46	0,765
47	0,785
48	0,808
49	0,834
50	0,864
51	0,898
52	0,937
53	0,981
54	1,030
55	1,066
56	1,089
57	1,122
58	1,141
59	1,171
60	1,203
61	1,239
62	1,258
63	1,278
64	1,293
65	1,293
66	1,308
67	1,315
68	1,323
69	1,330
70	1,330
71	1,338
72	1,338
73	1,338
74	1,338
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 SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

La presente informativa le viene data in relazione al trattamento dei dati connesso all'erogazione della polizza assicurativa in suo favore a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") che tutela la libera circolazione dei dati e la riservatezza delle persone fisiche e in conformità ad ogni altra disposizione normativa dell'Unione Europea o degli Stati membri applicabile in materia di privacy (insieme, la "Normativa Privacy").

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è:
UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Milano, Piazza Tre Torri 3, contattabile all'indirizzo UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@unicreditallianzassicurazioni.it ("UniCredit Allianz Assicurazioni" o la "Compagnia").
Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) di UniCredit Allianz Assicurazioni potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@unicreditallianzassicurazioni.it.

2. Categorie di dati trattati

2.1 UniCredit Allianz Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati:

a) dati anagrafici,
b) dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
c) 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),
d) dati sensibili quali i dati relativi alla salute,
e) dati giudiziari.

2.2 UniCredit Allianz Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati in relazione alla gestione dei dati raccolti in caso di installazione sui veicoli assicurati del dispositivo satellitare "Safety Drive":

Di seguito le categorie di dati registrati da terzi alle quali UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. ha accesso e che utilizza per la sola gestione delle polizze con installazione del dispositivo satellitare "Safety Drive":

- le percorrenze complessive del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia;
- la geolocalizzazione del veicolo in caso di furto totale o rapina;
- la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo uguali o superiori alla soglia di 0,3 g qualora permangano per un sufficiente intervallo di tempo con un valore uguale o superiore alla soglia di 0,4 g per autovetture ad uso privato o promiscuo e fuoristrada omologati come autovetture ad uso privato o promiscuo;
- velocità ed eccessi di velocità rispetto alle soglie preimpostate;
- lo stile di guida elaborato sulla base della rilevazione e registrazione, in forma aggregata, dei parametri d'uso del veicolo (ad esempio, accelerazioni/decelerazioni, velocità, posizione, data e ora);
- videoregistrazioni (filmati) in caso di sinistro oppure di impatto riscontrato dal dispositivo V.E.D.R. con informazioni legate al posizionamento GPS;
- report relativo ad un evento.

Inoltre, in caso di sinistro oppure di crash o mini-crash rilevato dal dispositivo Safety Drive, UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. avrà il diritto di conoscere tutti i dati da OCTO Telematics S.r.l. registrati al momento dell'evento, con estensione dalle 24 ore precedenti alle 24 successive all'orario di rilevazione o a quello riportato nella denuncia/richiesta di risarcimento danni dell'evento stesso.
Limitatamente ai casi di furto o rapina, UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. potrà conoscere la localizzazione del veicolo a decorrere dalle 48 ore precedenti l'ultima trasmissione dei dati relativa alle percorrenze chilometriche antecedenti l'evento.

2.3 Inoltre, UniCredit Allianz Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati in relazione alla gestione dei dati raccolti in caso di attivazione dei dispositivi "HomeBox" previsti per le coperture del prodotto "UniCredit My Care Famiglia":

- video-streaming real-time per visualizzare da remoto l'ambiente inquadrato dalla telecamera.

3. Finalità dei trattamenti e basi giuridiche

Nella seguente tabella le indichiamo gli aspetti principali dei trattamenti dei suoi dati.
I dati raccolti e le finalità possono variare a seconda dei prodotti assicurativi acquistati; per questo nella tabella trova l'indicazione dei prodotti rilevanti per le diverse finalità. La invitiamo a verificare che le finalità sotto indicate si applichino anche ai prodotti da lei acquistati.

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
1	Attività di consulenza su prodotti e servizi assicurativi con particolare riguardo alla valutazione sulle sue esigenze e sul suo profilo di rischio secondo quanto imposto dalla legge in materia di valutazione dell'adeguatezza del prodotto	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute (per prodotti infortuni e malattia)	Motor Danni
2	Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Danni Motor
3	Gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi, alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	Dati relativi a: a. i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b. posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c. la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo; d. la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e. lo stile di guida intendendosi per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio; f. segnalazione di un possibile sinistro sulla base di algoritmi di analisi dei dati sopra indicati	Motor

4	Gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi, alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a. Dati anagrafici b. video-streaming real-time per visualizzare da remoto l'ambiente inquadrato dalla telecamera (HomeBox)	Danni
5	Creazione e gestione del rischio assicurativo	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti	Danni Motor
6	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Danni Motor
7	Tariffazione	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	Dati aggregati relativi a: a. i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b. posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c. la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo; d. la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e. lo stile di guida intendendosi per per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio	Motor

8	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	Dati aggregati relativi a: a. i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b. posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c. la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo; d. la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e. lo stile di guida intendendosi per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio	Motor
9	Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Motor Danni
10	Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo. I dati (anche quelli relativi a danneggiati o trasportati che potranno essere trattati in occasione della gestione dei sinistri) 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 dei propri servizi.	Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 lett. f GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute	Motor Danni

11	Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria	Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 lett. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, lett. f)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Motor Danni
12	Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative	Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti c. Dati giudiziari	Motor Danni
13	Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Motor Danni
14	Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a. 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).	Motor Danni

4. Tempi di conservazione

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, UniCredit Allianz Assicurazioni avrà cura di conservare i dati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria e procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.
In applicazione di questi criteri, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006 e Reg. IVASS 27/2008), di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione applicati da UniCredit Allianz Assicurazioni:

- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Motor: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso;
- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Danni: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso;

Decorsi i termini, i dati verranno cancellati o saranno anonimizzati.

5. Ambito di diffusione dei dati

I suoi dati potranno essere trattati:

- da dipendenti della Società debitamente istruiti e autorizzati;
- da soggetti esterni che trattano i dati in qualità di responsabili del trattamento nel nostro interesse per le sole finalità connesse al servizio di liquidazione sinistri.

In particolare i Suoi dati potrebbero essere comunicati ad altri soggetti nel contesto della c.d. catena assicurativa che tratteranno i dati sia in qualità di responsabili che di titolari autonomi. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali 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 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.

I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Inoltre potremmo avere l'obbligo legale di comunicare i Suoi dati a enti e organismi pubblici, quali ad esempio Ivass, Consap, Casellario Centrale Infortuni, UIC, Motorizzazione Civile, Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

5.a) Dati registrati da terzi a cui UniCredit Allianz Assicurazioni ha accesso per soli contratti RCA con installazione del dispositivo "Safety Drive" e UniCredit My Care Famiglia con installazione del dispositivo "HomeBox"

OCTO Telematics Italia S.r.l., con sede a Roma in Via Vincenzo Lamaro, 51, Tel.: 06/7265341 – Fax 06/72901453 – e-mail: privacy@octotelematics.com, in qualità di Titolare autonomo, tratterà i dati personali non sensibili rilevati dal dispositivo Safety Drive e HomeBox e li comunicherà a UniCredit Allianz Assicurazioni, che li tratterà a sua volta, in qualità di Titolare autonomo, per l'erogazione delle prestazioni assicurative e di assistenza.

In ogni caso, i fornitori dei servizi telematici non avranno accesso ai dati direttamente connessi o riconducibili all'identità del conducente (ad esempio nomi e/o targhe).

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l'adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e-mail privacy@unicreditallianzassicurazioni.it.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, UniCredit Allianz Assicurazioni garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

7. I diritti sul trattamento dei dati personali.

In ogni caso, potrà rivolgersi a UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e-mail privacy@unicreditallianzassicurazioni.it, per l'esercizio dei diritti di accesso, modifica, cancellazione e opposizione di seguito descritti (sanciti dalla Normativa Privacy):

- conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;
- indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di dati personali in questione, degli estremi del Titolare e del responsabile del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, del periodo di conservazione o, se non è possibile, dei criteri per determinarlo;

- aggiornamento, rettifica ovvero integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, l'attestazione che le operazioni richieste sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Inoltre, ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento che la riguardano e il trasferimento dei Suoi dati ad un diverso titolare (c.d. diritto alla portabilità dei dati) e di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o opporsi, in tutto o in parte, (tra gli altri, in relazione a specifici mezzi di comunicazione) al trattamento di dati personali che a riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, fermo restando che la Società non ha in programma di eseguire simili trattamenti.

7.a) Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati è illecito, ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali.

UniCredit | Allianz

Assicurazioni

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.
Sede legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. +39 027216.1 - Fax +39 027216.5078
unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it - www.unicreditallianzassicurazioni.it - CF. P. IVA e Reg. Impr. Milano n. 08965220158 Capitale sociale sottoscritto e versato euro 52.000.000
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.