CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

UniCredit MY CARE Famiglia
PERSONA

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 06/2021

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

è distribuito da UniCredit

Società del Gruppo Assicurativo Allianz

Assicurazione contro i danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: CreditRas Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: My Care - Persona**

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

Che tipo di assicurazione è?
È un'assicurazione contro i Danni alla Persona derivanti da Infortunio.

Che cosa è assicurato?

- ✔ Invalidità permanente da infortunio
- ✔ Morte da infortunio
- ✔ Rimborso spese mediche da infortunio
- ✔ Assistenza infortuni

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali.

Che cosa non è assicurato?

- ✘ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, psicosi e disturbi gravi della personalità. Inoltre non sono assicurabili le persone che svolgono attività professionali non assicurabili.

Ci sono limiti di copertura?

- ! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, periodi di carenza.

Dove vale la copertura?

✔ La copertura è valida in tutto il mondo ad eccezione delle seguenti prestazioni di Assistenza per le quali la validità è prevista esclusivamente per la Repubblica Italiana: organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate, invio di un medico, invio di un medico in viaggio, temporary inability care. La prestazione rimpatrio sanitario ha validità esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

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. Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa di Assicurazione il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata che si verifichi nel corso della copertura assicurativa

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.

Assicurazione contro i danni

CreditRas ASSICURAZIONI SPA

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

CreditRas Assicurazioni S.p.A., Gruppo Allianz
Prodotto "My Care – Persona"

01/06/2021 – 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.

CreditRas Assicurazioni S.p.A - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. 800116633 - sito internet: **www.creditrasassicurazioni.it**; e-mail: **info_creditras@allianz.it**; PEC: **creditrasassicurazioni@pec.allianz.it.**

CreditRas 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.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:
Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 127,5 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 47,8 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.creditrasassicurazioni.it/creditrasassicurazioni/chi-siamo/report-SFCR e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 73.059
- del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 28.399
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 177.201
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 177.201

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 243%

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 INFORTUNI **Garanzia sempre operante**	L'Assicurazione vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca: • nell'esercizio dell'attività professionale indicata nella Scheda tecnica di modulo; • nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale; • nello svolgimento di attività sportive con l'applicazione dei limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di modulo; • durante il servizio di volontariato svolto in qualità di iscritto all'Associazione di Volontariato riconosciuta dalla vigente legge, limitatamente all'attività svolta sul territorio Italiano. È compreso in garanzia anche l'Infortunio subito: • in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti; • in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; • a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; • a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;

	• in conseguenza di stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o da insurrezioni che l'Assicurato subisca mentre si trova al di fuori del proprio Stato di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in un Paese che sino ad allora era in pace e purchè vi abbia partecipato in modo volontario. La presente estensione non comprende comunque gli Infortuni derivanti dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e delle Repubblica di San Marino. 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 INFORTUNI MORTE DA INFORTUNIO **Garanzia sempre operante**	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 PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZA INFORTUNI **Garanzia sempre operante**	Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono riportate di seguito: • second opinion - consulenza sanitaria di altissima specializzazione • trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione • traduzione della documentazione medica • servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24 • consulenza telefonica su viaggi e medicina • organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate • invio di un medico • invio di un medico in viaggio • collegamento continuo con il centro ospedaliero • interprete a disposizione all'estero • invio medicinali all'estero • anticipo denaro per spese mediche all'estero • familiare accanto

	• rientro al domicilio o rimpatrio sanitario • rientro/rimpatrio figli minori • trasferimento/rimpatrio della salma • temporary inability care con prestazioni differenziate per tipologia di ricovero: - presso un pronto soccorso, day hospital, day surgery, ospedale - presso una Residenza Sanitaria Assistita
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
SEZIONE INFORTUNI RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO **Garanzia opzionale valida solo se espressamente indicata nella scheda tecnica di modulo**	L'Impresa di Assicurazione rimborserà 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; 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).

Che cosa NON è assicurato?

SEZIONE INFORTUNI RISCHI ESCLUSI	L'assicurazione non vale per l'infortunio causato da: • 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; • 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; • uso, anche come passeggero: - di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; - di aeromobili di aeroclubs; - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo; • pratica di sport aerei in genere; • pratica dei seguenti sport: - 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 (freeclimbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo; - immersioni con auto respiratore; • dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che in diretta; • 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; • dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati; • da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa; • da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o insurrezioni, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'Assicurazione"; • da partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o da richiamo al servizio militare per esercitazioni, incarichi o missioni; • da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche; • 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: • le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio; • gli infarti da qualsiasi causa determinati.

SEZIONE PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZA INFORTUNI	È escluso dall'Assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: • danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; • scioperi, sommosse, tumulti popolari; • coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; • 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; • atti di terrorismo, intendendo si per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole 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; • viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; • trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; • 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; • materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; • inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; • dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; • atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; • abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; • infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; • suicidio o tentativo di suicidio; • epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; • quarantene. Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di: • esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; • infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; • interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180 giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; • cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; • cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; • espianto/trapianto di organi. Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE INFORTUNI

Non è assicurabile la persona affetta da:
- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti Attività professionali:
- Agente di custodia, guardia carceraria, secondino.
- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose.
- Attività circense.
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili.
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva.
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia).
- Fantino / Driver(trotto).
- Guardia del corpo /Buttafuori.
- Guardia giurata, notturna,metronotte.
- Guida alpina.
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo.
- Istruttore di corsi di sopravvivenza.
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista.
- Pilota civile di aereomobili
- Speleologo.
- Sportivi professionisti / semi professionisti.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate o l'Assicurato svolga una delle Attività professionali sopra elencate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'articolo 1898 codice civile.

Non è assicurabile la persona che, al momento della sottoscrizione della polizza, soffre o ha sofferto di malattie gravi permanenti ed è affetto da infermità o difetti fisici.

L'Assicurazione, opera con l'applicazione dei limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di modulo.

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

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche da Infortunio è prevista l'applicazione dello scoperto del 10% con il minimo di Euro 100.

SEZIONE PRESTAZIONI E SERVIZI ASSISTENZA INFORTUNI

L'Assicurazione opera con l'applicazione dei limiti di indennizzo indicati nelle Condizioni di Assicurazione

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 decide se l'Indennizzo risulti dovuto oppure no.

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.
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	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Documento informativo relativo al prodotto assicurativo.
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 l'Assicurato e/o il nucleo familiare - il proprio o diverso dal proprio - dai rischi inerenti la vita privata o tutelare il loro patrimonio.
Il Contraente deve avere un'età pari o superiore a 18 anni compiuti 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 CreditRas Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano;** • **Fax: 02 72162588;** • **tramite indirizzo email: reclami@creditrasassicurazioni.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.creditrasassicurazioni.it** alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato 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.

CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

Condizioni di Assicurazione

MY CARE
PERSONA

Contratto di Assicurazione Infortuni

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

Edizione 06/2021

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

Sezione infortuni 8

Sezioni prestazioni e servizi 14

Allegati 22

Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza 27

GLOSSARIO

Assicurato Il soggetto, facente parte del Nucleo familiare assicurato, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione Il contratto di Assicurazione.
Attività professionale Attività, dichiarata in polizza, 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.
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.
Franchigia La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Impresa di Assicurazione CreditRas 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 civile, anche se non residenti nella medesima abitazione;
b) Il convivente more uxorio, a condizione che sia residente nella medesima abitazione (come da stato di famiglia);
c) Le altre persone residenti nella medesima abitazione, a condizione che siano legate a lui e/o ai

soggetti di cui ai punti a) e b) da vincoli di parentela, affinità, adozione e tutela.

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

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

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

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

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.

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 coordinate 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.

SEZIONE INFORTUNI

Art. 1 Chi assicuriamo

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

Art. 1.1 Persone non assicurabili

Non è assicurabile la persona affetta da:
- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

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

Inoltre non è assicurabile la persona che svolge una delle seguenti Attività professionali:
- Agente di custodia, guardia carceraria, secondino.
- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose.
- Attività circense.
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili.
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva.
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia).
- Fantino / Driver (trotto).
- Guardia del corpo / Buttafuori.
- Guardia giurata, notturna, metronotte.
- Guida alpina.
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo.
- Istruttore di corsi di sopravvivenza.
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista.
- Pilota civile di aereomobili
- Speleologo.
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Qualora nel corso della copertura assicurativa insorga una o più delle affezioni su indicate o l'Assicurato svolga una delle Attività professionali sopra elencate, la copertura assicurativa cessa con effetto immediato ai sensi dell'articolo 1898 codice civile.

Art. 2 Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione, fatto salvo quanto espressamente previsto dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione, vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca:

a) nell'esercizio dell'attività professionale indicata nella Scheda tecnica di modulo;
b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;
c) nello svolgimento di attività sportive con l'applicazione dei limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di modulo e ferme le esclusioni previste all'articolo "Rischi esclusi";
d) durante il servizio di volontariato svolto in qualità di iscritto all'Associazione di Volontariato riconosciuta dalla vigente legge, limitatamente all'attività svolta sul territorio Italiano.

È compreso in garanzia anche l'Infortunio subito:
- in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, salvo quanto previsto dall'articolo "Rischi esclusi" della presente Sezione;
- in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- in conseguenza di stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o da insurrezioni che l'Assicurato subisca mentre si trova al di fuori del proprio Stato di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in un Paese che sino ad allora era in pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. La presente estensione non comprende comunque gli Infortuni derivanti dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e delle Repubblica di San Marino.

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), li-

mitatamente 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. 3 Rischi esclusi

L'Assicurazione non vale per l'Infortunio causato da:
a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta e non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
c) uso, anche come passeggero
   1. di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
   2. di aeromobili di aeroclubs;
   3. di apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
d) pratica di sport aerei in genere;
e) pratica dei seguenti sport:
   1. arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
   2. immersioni con autorespiratore;
f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
j) da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o insurrezioni, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'Assicurazione";
k) da partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o da richiamo al servizio militare per esercitazioni, incarichi o missioni;
l) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
m) 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:
n) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
o) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Art. 4 La validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

GARANZIA SEMPRE OPERANTE

Art. 5 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. 5.1 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 liquidazio-

ne 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. 5.2 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 SEMPRE OPERANTE

Art. 6 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

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

Art. 7 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. 8 Variazioni delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa di Assicurazione il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di modulo che si verifichi nel corso della copertura assicurativa.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:
- non implica aggravamento di rischio, la copertura assicurativa per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;

– implica aggravamento di rischio, l'Impresa di Assicurazione può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di una nuova Scheda tecnica di modulo, in sostituzione di quella in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dalla copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 codice civile.

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa di Assicurazione del cambiamento nel corso della copertura assicurativa dell'Attività professionale dichiarata, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

– l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
– l'Indennizzo viene corrisposto nella misura del 60%, se la diversa attività aggrava il rischio;
– nessun Indennizzo viene corrisposto se la diversa attività rientra tra le Attività professionali elencate all'articolo "Persone non assicurabili".

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di modulo rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali" allegata. In caso di Attività professionale eventualmente non specificata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

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, contri-

buendo 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 PRESTAZIONI E SERVIZI

ASSISTENZA INFORTUNI

GARANZIA SEMPRE OPERANTE

1. Soggetti assicurati

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

2. Validità Territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

3. Esclusioni comuni a tutte le garanzie

È escluso dall'Assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
d) 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;
e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole 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;
f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
h) 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;
i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
o) suicidio o tentativo di suicidio;
p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
q) quarantene.

Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di:

r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie

inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
w) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

4. Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie

a) 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;
b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, 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.
d) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
e) 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;
f) il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'articolo 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.
h) 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**.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:
a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

GARANZIE ASSICURATIVE

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa di Assicurazione tramite la 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 (per i dettagli si rinvia alla sezione "Norme in caso di Sinistro").**

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.

TRASFERIMENTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

TRADUZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE MEDICA

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (inglese, francese, tedesco, spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa.

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.

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 su 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 medico-specialistico telefonico, può' conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, 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.

CONSULENZA TELEFONICA SU VIAGGI E MEDICINA

In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

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 col 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: Repubblica Italiana.

INVIO DI UN MEDICO

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati.
Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa di Assicurazione non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Repubblica Italiana.

INVIO DI UN MEDICO IN VIAGGIO

Quando l'Assicurato, in caso di Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessiti di una visita medica, la Centrale Operativa provvede a inviargli un proprio medico convenzionato.
Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.
In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa di Assicurazione non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.
Validità territoriale: Repubblica Italiana.

COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.
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.

INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.
Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento.**

INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irreperibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto.
I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.

ANTICIPO DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessiti di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste conseguenti ad Infortunio, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

FAMILIARE ACCANTO

Quando in caso di Infortunio avvenuto in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa 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 **fino al limite massimo di euro 500 per evento.**

RIENTRO AL DOMICILIO O RIMPATRIO SANITARIO

La garanzia opera a seguito di Infortunio dell'Assicurato in 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.**

RIENTRO/RIMPATRIO FIGLI MINORI

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un parente o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi. In alternativa, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio verificatosi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, 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. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.** In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

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 presidi, o nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le relative spese sino a un massimo di Euro 350 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
  Quando 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 150 ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di Euro 170 ogni 7 giorni di prognosi.
- 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
  Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede 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
  Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a 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 co-

sto 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 aiuto/i, 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**.

OPPURE, IN ALTERNATIVA A TUTTE LE GARANZIE E SERVIZI TEMPORARY INABILITY CARE PRECEDENTEMENTE RIPORTATE, L'ASSICURATO HA DIRITTO ALLA SEGUENTE PRESTAZIONE.

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita
In caso di ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistita, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per le rette di degenza con il limite di **Euro 160 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.
In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. 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
  La Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi **fino ad un massimo di Euro 150 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuto/i, 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. Su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà, inoltre, ad organizzare il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.
- Protezione abitazione
  La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato – ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di Euro 250 oppure di Euro 280 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio. Su richiesta dell'Assicurato** la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato**.
- Ricovero auto
  La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. 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**.

NORME IN CASO DI SINISTRO

1. 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.

2. 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

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Attività professionali a BASSO RISCHIO

Dirigenti e Imprenditori
- Amministratore
- Dirigente
- Funzionario
- Imprenditore senza lavoro manuale

Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione
- Assistente sociale
- Avvocato
- Fisioterapista
- Giornalista
- Insegnante
- Musicista
- Ricercatore universitario

Professioni mediche
- Assistente sanitario
- Infermiere
- Medico specialista / generico
- Odontotecnico
- Veterinario

Professioni tecniche
- Architetto
- Fotografo
- Geologo
- Geometra
- Grafico pubblicitario /Disegnatore
- Ingegnere
- Perito agrario / edile / industriale
- Programmatore informatico
- Tipografo

Impiegati

Attività commerciali e di servizi
- Addetto impresa pulizie
- Barista / Barman
- Bidello
- Cameriere
- Commesso
- Cuoco / Addetto alla cucina
- Collaboratore domestico /Badante
- Estetista
- Farmacia (titolare/addetto)
- Operatore / agente turistico
- Parrucchiere / Barbiere
- Portiere
- Proprietario / Direttore d'albergo / bar / ristorante
- Tabaccaio, Cartolaio, Libraio

Artigiani
- Bustaia
- Elettricista senza accesso a ponti o impalcature
- Idraulico senza accesso a ponti o impalcature
- Orafo / Orologiaio
- Ricamatrice / Merlettaia
- Sarto / Camiciaia
- Tappezziere senza uso di scale, ponti o impalcature

Agricoltura
- Agricoltore proprietario/ affittuario senza lavoro manuale
- Allevatore proprietario senza lavoro manuale

Attività non remunerate
- Casalinga
- Disoccupato
- Minore in età prescolare
- Pensionato
- Studente

Attività professionali ad ALTO RISCHIO

Imprenditori
- Imprenditore con lavoro manuale

Professioni mediche
- Inserviente in struttura sanitaria
- Portantino / barelliere

Professioni tecniche
- Archeologo
- Termotecnico

Attività commerciali e di servizi
- Benzinaio / Addetto a stazione di servizio–autolavaggio
- Commerciante con carico e scarico di merci o uso di macchine
- Macellaio
- Nettezza urbana (addetto)
- Pasticciere / Fornaio / Pastaio / Rosticciere / Panettiere
- Pizzaiolo
- Venditore ambulante

Artigiani e Operai
- Arrotino
- Autista / Autotrasportatore
- Carpentiere
- Elettricista con accesso a ponti o impalcature / Elettrauto
- Fabbro
- Falegname

- Idraulico con accesso a ponti o impalcature
- Imbianchino
- Meccanico /Gommista
- Mobiliere
- Muratore
- Operaio
- Piastrellista

Agricoltura
- Agricoltore proprietario / affittuario con lavoro manuale
- Allevatore proprietario con lavoro manuale
- Bracciante agricolo
- Giardiniere / Vivaista
- Orticoltore
- Pescatore
- Raccoglitore di frutta o ortaggi

Elenco delle Professioni NON ASSICURABILI

- Agente di custodia, guardia carceraria, secondino
- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli /Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo /Buttafuori
- Guardia giurata, notturna, metronotte
- Guida alpina
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Idrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista
- Pilota civile di aereomobili
- Speleologo
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti

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

INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

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

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

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è CreditRas Assicurazioni S.p.A., con sede a Milano in P.zza Tre Torri 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali.
La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo a CreditRas Assicurazioni S.p.A – P.zza Tre Torri 3 – 20145 Milano, ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili del trattamento in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., P.zza Tre Torri 3 – Milano, oppure scrivendo all'indirizzo mail: Dpo.CreditRas.Assicurazioni@creditrasassicurazioni.it.

2. Categorie di dati raccolti

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

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

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

3. Finalità del trattamento

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

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati, anche eventualmente comunicati a CreditRas Assicurazioni S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a

scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.

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

3.a Base Giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

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

CreditRas Assicurazioni S.p.A chiede, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati.

Per i servizi e prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati "sensibili" e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri.

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

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

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

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

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

Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

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

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali(intermediari bancari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione), consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi (anche informatici, telematici o di archiviazione), cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

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

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni

aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

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

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

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

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

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3.(Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCRs non trovassero applicazione, CreditRas Assicurazioni S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali.
Nel caso in cui si voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: CrediRas Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e mail privacy@creditrasassicurazioni.it.
In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, CreditRas Assicurazioni S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea.
CreditRas Assicurazioni S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento degli stessi.

7. I suoi diritti nello specifico

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

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di CreditRas Assicurazioni S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati siano trasferiti a un paese terzo e ottenere informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

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

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare

o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.
L'eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.
Per l'esercizio dei suoi diritti derivanti dal contratto di assicurazione può rivolgersi a CreditRas Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, Tel.: 800.11.66.33 o e-mail privacy@creditrasassicurazioni.it.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, CreditRas Assicurazioni S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono. I dati saranno perciò conservati 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. Si 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.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

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

CreditRas
ASSICURAZIONI SPA

CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Sede legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. +39 027216.1 - Fax +39 027216.5078
creditrasassicurazioni@pec.allianz.it - www.creditrasassicurazioni.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.