

DOCUMENTI PRE-CONTRATTUALI

Wopta per te

Persona

Il presente documento pre-contrattuale include i seguenti:

1. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario
4. Informativa sul trattamento dei dati personali - Compagnia
5. Allegato 3 - informativa sul distributore
6. Allegato 4 - informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non IBIP
7. Allegato 4 ter - elenco delle regole di comportamento del distributore
8. Informativa sul trattamento dei dati personali – Intermediario
9. "Condizioni Generali di Servizio per l'utilizzazione della Firma Elettronica Avanzata" prevista da Wopta e "Scheda Tecnica Illustrativa"

I documenti 1. 2. 3. 4. Costituiscono il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE predisposto dalla Compagnia

Data ultimo aggiornamento 18.07.2023

The logo for Wopta, featuring the word "wopta" in a bold, lowercase, pink sans-serif font. The letter 'o' is stylized with a circular graphic element inside it.

Wopta per te – Persona, è un prodotto assicurativo di Global Assistance Compagnia di assicurazioni e riassicurazioni S.p.A, – Gruppo Assicurativo Ri.Fin - e distribuito da Wopta Assicurazioni S.r.l.

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza individuale "multibene" che tutela il soggetto assicurato dalle conseguenze negative derivanti da infortuni avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale e/o extraprofessionale e le conseguenze derivanti da malattia grave che si concretizzano in una Invalidità Permanente.



Che cosa è assicurato?

È assicurata la persona residente in Italia ed è possibile scegliere fra le seguenti opzioni di acquisto:

OPZIONE A) MENU' FISSO :

pacchetto precostituito di 4 garanzie obbligatorie:

- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio (IPI);
- ✓ Morte da Infortunio (MI);
- ✓ Rimborso Spese di cura da Infortunio (RSC);
- ✓ Assistenza (ASS).

OPZIONE B) COPERTURA PERSONALIZZATA:

prevede la possibilità di acquistare liberamente le garanzie proposte (obbligatorio l'acquisto di almeno una delle garanzie principali):

Garanzie principali:

- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio (IPI): acquistabile anche singolarmente;
- ✓ Diaria da Ricovero o Gessatura da infortunio (DR): acquistabile anche singolarmente.

Garanzie opzionali:

- ✓ Morte da infortunio (MI): acquistabile solo se acquistata almeno IPI;
- ✓ Inabilità Temporanea al lavoro da Infortunio (ITI): acquistabile solo se acquistate MI e IPI;
- ✓ Invalidità Permanente da Malattia (IPM): acquistabile in abbinamento a IPI;
- ✓ Diaria da Convalescenza da infortunio (DC): acquistabile solo se acquistata DR;
- ✓ Rimborso Spese di Cura da infortunio (RSC): acquistabile solo se acquistata almeno IPI o DR;
- ✓ Assistenza (ASS): acquistabile solo se acquistata almeno IPI o DR;
- ✓ Tutela Legale (TL): acquistabile solo se acquistata almeno IPI o DR.

Di seguito i massimali/somme assicurate selezionabili:

Invalidità Permanente da Infortunio (IPI):

- Opzione A) € 50.000 o € 100.000;
- Opzione B) da € 50.000 fino a € 1.500.000 (multipli di € 50.000).

Diaria da Ricovero o Gessatura da infortunio (DR): € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175 e € 200.

Morte da infortunio (MI):

- Opzione A) € 50.000 o € 100.000;
- Opzione B) da € 50.000 fino a € 1.500.000 (multipli di € 50.000).

Inabilità Temporanea al lavoro Infortunio (ITI): € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175 e € 200.

Invalidità Permanente da Malattia (IPM): da € 25.000 fino a € 300.000 (multipli di € 25.000)

Diaria da Convalescenza da infortunio (DC): € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175 e € 200.

Rimborso Spese di Cura da infortunio (RSC):

- Opzione A) € 2.500;
- Opzione B) € 2.500, € 5.000, € 10.000, € 15.000, € 20.000.

Assistenza (ASS):

- Opzione A) La presente garanzia non offre scelta di opzioni di Massimali.

Tutela Legale (TL): € 10.000.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurati:

- ✗ Morte dovuta a malattia, parto e/o aborto;
- ✗ Tutela legale in caso di malpractice medica o danni extracontrattuali a seguito di malattia;
- ✗ Invalidità permanente da malattia pregressa, parto e/o aborto.



Ci sono limiti di copertura?

Le principali esclusioni per le quali non è possibile presentare una richiesta di risarcimento sono:

- ! Guerre (internazionale o civile, dichiarata o meno), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate;
- ! Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! Movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, alluvioni, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- ! Stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze allucinogene, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- ! Sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoide, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V. e AIDS);
- ! Detenzione od impiego di sostanze radioattive, trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e/o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc);
- ! Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- ! Prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- ! Atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e/o dal beneficiario;
- ! Pratica di sport aerei in genere e partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti o test per la messa a punto dei mezzi;
- ! Uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
- ! Perdite, danni, responsabilità, reclami, costi o spese di qualsiasi natura in relazione ad una Malattia Trasmissibile o dal timore o minaccia (reale o percepita) di una Malattia Trasmissibile.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per gli infortuni e le malattie avvenute nel mondo intero.
- ✓ In relazione alla garanzia Tutela Legale, la copertura vale:
 - per il risarcimento di danni extracontrattuali derivanti da fatti illeciti di terzi;
 - per i casi assicurativi che insorgono in Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori;
 - per i casi assicurativi che insorgono in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino (e con limitazioni di massimale anche in Europa) per le restanti ipotesi.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare relativamente al tuo Stato di Salute (incluso fornire risposte corrette ed esaustive ai quesiti indicati nel questionario anamnestico qualora ti venga sottoposto dalla Compagnia nel caso di acquisto della garanzia Invalidità Permanente da Malattia), alla tua Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui ti svolga più di un'attività) e /o a qualsiasi altra informazione che influenzi la valutazione del rischio assicurato.
- Qualora tu abbia stipulato altre assicurazioni per il medesimo rischio, in caso di sinistro devi dare avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
- In corso di contratto, hai l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta in caso di ogni possibile aggravamento del rischio relativamente alla tua Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a maggior rischio, nei casi in cui si svolga più di un'attività).
- In caso di sinistro sei tenuto ad avvisare la Compagnia rispettando le tempistiche previste dalla polizza, indicando le tue generalità e riferimenti del contratto oltre a descrivere dettagliatamente l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza si paga presso l'Intermediario oppure direttamente alla Compagnia, alla stipula del contratto, alla scadenza delle eventuali rate di frazionamento ed al rinnovo esclusivamente tramite i seguenti mezzi di pagamento elettronico, quali ad esempio bonifico, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate.

All'atto della sottoscrizione il Contraente può scegliere di frazionare il pagamento del premio annuale con periodicità mensile o semestrale.

Il premio è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia a partire dal giorno indicato in polizza (data di decorrenza) se il premio alla firma è stato pagato, altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo (fatto salvo per il periodo di carenza contrattuale previsto per Invalidità Permanente da Malattia).

A parziale deroga del paragrafo precedente, a condizione che la valuta di accredito sul conto di Wopta sia entro e non oltre il quinto giorno successivo alla data di decorrenza, si conviene che la data di effetto sarà pari alla data di decorrenza.

Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 giorni dalla data di emissione, comporta la nullità della Polizza e la Società provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.

L'assicurazione termina dopo un anno dalla decorrenza indicata in polizza e si rinnova tacitamente di anno in anno; se il *Contraente* non paga i premi (o le rate di premio) successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente Premio e torna in vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

In caso di acquisto online il Contraente dispone di un termine di 14 giorni, a partire dalla data di stipula o da quella di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva, per disdire la Polizza mediante Raccomandata (o con altri mezzi che ne consentano di comprovarne la data di invio).

Al rinnovo in assenza di Disdetta il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno e così successivamente fino a quando l'Assicurato non raggiunga l'età limite ai fini dell'assicurabilità.

Puoi mandare la Disdetta della Polizza a Wopta o a Global Assistance mediante Raccomandata (o con altri mezzi che ne consentano di comprovarne la data di invio) almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.
Codice Fiscale, Partita IVA e
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).
Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all'Albo
dei gruppi assicurativi presso l'lvass al n. 014

Assicurazione Infortuni e Malattia

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

Compagnia: **Global Assistance S.p.A.**



Prodotto: **Wopta Per Te Persona – ed. 1/GSIW**

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: **11.07.2023**

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata 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.

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A

Indirizzo: Piazza Diaz, 6; 20123 Milano (MI);

tel. 02.4333501;

sito internet: www.globalassistance.it;

e-mail: global.assistance@globalassistance.it;

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014).

È soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l..

Provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa: Decreto Ministeriale del 02/08/1993 n° 19619 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 184 del 07/08/1993

Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111.

Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta al 31/12/2022 a 16,5 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 5 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 11,5 milioni di euro.

Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: <http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>.

L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari a 323,26% al 31/12/2022, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (14,16 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (4,38 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 3,7 milioni di euro.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che le Garanzie sono operanti solo qualora indicate come comprese nel Modulo di Polizza e per i massimali scelti.

Sono considerati **Infotuni compresi** nell'Assicurazione anche:

- asfissia (non di origine morbosa) involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori;
- avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche;
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- colpi di sole o di calore;
- folgorazione;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria, le Malattie tropicali e le conseguenze delle punture di zecca.

Sono inoltre **ricompresi** in copertura i seguenti **Infotuni**:

- derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- causati da tumulti popolari e atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria;
- derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.
- causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- Infotuni di volo: in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi esercitati da Società di Traffico Aereo Regolare;
- Infotuni con esiti di rottura traumatica sottocutanea del tendine di Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine dell'estensore del pollice e del tendine del quadricipite femorale;
- lesioni da Sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie salvo le ernie addominali da Sforzo limitatamente ai casi di Invalidità

Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio, se previste dalla Polizza;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport, fermo quanto esplicitamente escluso.

In merito alle Garanzie si precisa, ad integrazione di quanto indicato nel DIP DANNI, che:

- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO (IPI):** obbligatoria nell'opzione "Menù Fisso", liberamente selezionabile e principale nell'opzione "Copertura personalizzata".

Qualora l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia per conseguenza diretta un'Invalidità Permanente, totale o parziale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo pari ad una percentuale della Somma Assicurata, indicata in Polizza.

La garanzia IPI include sempre la copertura estensiva:

- **ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE A SEGUITO DI GRAVE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO:** (per IPI superiore al 65%), qualora sia necessario far realizzare degli adattamenti alla propria abitazione di residenza che consentano all'Assicurato di continuare ad abitarla. In tale caso la Società, fino al massimale stabilito da intendersi per evento e per anno assicurativo, indennizzerà le spese preventivate. In alternativa, nel caso in cui l'Assicurato debba andare a risiedere stabilmente presso un'altra abitazione privata, tali interventi, se necessari, potranno essere indennizzati, nel limite di cui sopra, purché il trasferimento di domicilio sia documentabile.

La Garanzia IPI offre le seguenti estensioni facoltative aggiuntive (attivabili solo nell'opzione "Copertura personalizzata"):

- **SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI:** a valere per tutti i casi riferiti agli arti superiori. Qualora attiva, viene prevista una maggiorazione del 30% dell'indennizzo IPI purché l'indennizzo complessivo non superi il 100% della somma IPI assicurata.
- **OPZIONE "KEY MEN":** in caso di Contraente persona giuridica, questi è anche Beneficiario, secondo quanto indicato in Polizza, al 50% o al 100% dell'Indennizzo complessivamente liquidabile in caso di Invalidità Permanente pari o superiore al 30%.

- ✓ **DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA DA INFORTUNIO (DR):** è attivabile e principale solo nell'opzione "Copertura personalizzata".

La Compagnia corrisponde, in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti un Ricovero ospedaliero e/o una Gessatura, un Indennizzo giornaliero, pari a quanto indicato in Polizza, per ciascun giorno di degenza e/o immobilizzazione. Per ogni Assicurato, la durata massima dei giorni indennizzabili per Sinistro/anno assicurativo è complessivamente e cumulativamente non superiore a 365 giorni.

- ✓ **MORTE DA INFORTUNIO (MI):** obbligatoria nell'opzione "Menù Fisso", liberamente selezionabile nell'opzione "Copertura personalizzata".

Qualora l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la Morte dell'Assicurato la Compagnia liquiderà agli eredi legittimi in parti uguali, in difetto di diversa designazione, effettuata in Polizza o testamentaria, la Somma Assicurata indicata in Polizza.

La garanzia MI include sempre le coperture estensive:

- **MORTE PRESUNTA:** La copertura viene estesa al caso di Morte Presunta dell'Assicurato in seguito a sua scomparsa conseguente ad Infortunio;
- **COMMORIENZA CONIUGI:** Qualora, in seguito ad Infortunio determinato dallo stesso evento, consegue la Morte di entrambi i genitori, purché almeno uno risulti assicurato per la garanzia "Morte da infortunio" con la presente Polizza, l'Indennizzo per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se Beneficiari in base alla presente Polizza, viene aumentata del 100% per ogni genitore Assicurato deceduto, con il limite di € 250.000 per evento e/o cumulo di più Polizze con la Compagnia.

La Garanzia MI offre la seguente estensione facoltativa aggiuntiva (attivabile solo nell'opzione "Copertura personalizzata"):

- **OPZIONE "KEY MEN":** in caso di Contraente persona giuridica, questi è anche Beneficiario, secondo quanto indicato in Polizza, al 50% o al 100% dell'Indennizzo complessivamente liquidabile in caso di Morte.

- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO DA INFORTUNIO (ITI):** è attivabile e liberamente selezionabile solo nell'opzione "Copertura personalizzata".

La garanzia opera nel caso in cui l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia come conseguenza un'Inabilità Temporanea, ovvero nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'incapacità fisica di attendere in modo Totale o Parziale alle proprie attività professionali. La Compagnia liquida l'importo dell'Indennizzo giornaliero assicurato per ogni giorno di Inabilità, e per un massimo di 365 giorni per ogni Sinistro e per anno assicurativo, al netto della Franchigia indicata in Polizza.

- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA (IPM):** è attivabile e liberamente selezionabile solo nell'opzione "Copertura personalizzata".

La Compagnia corrisponde all'Assicurato un Indennizzo calcolato in percentuale della Somma Assicurata, in caso di Malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, che ha per conseguenza una Invalidità Permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurazione.

- ✓ **DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO (DC):** è attivabile e liberamente selezionabile solo nell'opzione "Copertura personalizzata".

In seguito a dimissioni ospedaliere per Infortunio indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia corrisponde la diaria

giornaliera indicata in Polizza limitatamente al periodo di Convalescenza domiciliare post Ricovero prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato, per un periodo massimo pari al doppio di quello di durata del Ricovero e comunque per un numero massimo di 30 giorni per Sinistro.

- ✓ **RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO (RSC):** obbligatoria nell'opzione "Menù Fisso", liberamente selezionabile nell'opzione "Copertura personalizzata".

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia assicura, entro il Massimale indicato nel in Polizza, le spese mediche accertate, rimaste a carico dell'Assicurato, sostenute nei 120 giorni successivi al Sinistro.

La garanzia RSC include sempre la copertura estensiva:

DANNO ESTETICO: limitatamente ai danni estetici al volto sono comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica, necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio avvenuto nel periodo contrattuale.

- ✓ **ASSISTENZA (ASS):** obbligatoria nell'opzione "Menù Fisso", liberamente selezionabile nell'opzione "Copertura personalizzata".

Garantisce, tramite la Centrale Operativa, attiva 24h/24 e 7 giorni su 7, una serie di prestazioni di assistenza alla persona erogabili a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, quali ad esempio: Invio medicinali urgenti a domicilio, Consulti medici, Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera e Trasporto in ambulanza.

- ✓ **TUTELA LEGALE (TL):** è attivabile e liberamente selezionabile solo nell'opzione "Copertura personalizzata".

La Società assicura, in sede giudiziaria ed extra giudiziaria, l'assistenza legale ed i relativi oneri che non possono essere richiesti alla controparte che si rendano necessari per la tutela degli interessi dell'Assicurato. La copertura è prevista a seguito di Infortunio ed è riferita esclusivamente all'esercizio delle pretese di risarcimento danni extra contrattuali a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi e/o per "malapractice" medica in seguito a ricovero ospedaliero presso Istituti di cura pubblici o privati, incluso il Day Hospital, Intervento chirurgico ospedaliero o ambulatoriale, cure ed assistenza medica.

Le garanzie sono prestate entro i massimali e se previste, secondo le somme assicurate concordate con il contraente.

QUALI OPZIONI/PERSONALIZZAZIONI È POSSIBILE ATTIVARE?

È possibile scegliere tra 2 opzioni di copertura:

- **Opzione a "Menù Fisso"**
Pacchetto preconstituito da 4 garanzie, operanti a seguito di infortunio, a premio fisso con 2 possibili combinazioni di massimale per Morte da infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio ed unica soluzione di massimale per Rimborso spese di cura. La copertura offerta è legata al rischio Professionale ed Extra Professionale e la Franchigia operante per Invalidità Permanente da Infortunio è pari al 5% comunque assorbita per IP>20%, nella sola formula "Assoluta". Ogni assicurato inserito in polizza potrà scegliere la combinazione di massimale desiderata, per Morte e Invalidità permanente da infortunio, fra le 2 possibilità offerte.
- **Opzione con "Copertura Personalizzata"**
È possibile personalizzare il contratto, per ogni assicurato incluso in polizza, scegliendo per ognuno le garanzie ed i massimali desiderati oltre alle opzioni che seguono.

Nella sola "Copertura Personalizzata" è possibile la scelta dell'ambito di copertura:

- **Extra-Professionale:** L'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che egli compia senza carattere di professionalità, durante il tempo libero e/o la pratica di sport ricreativi, tranne quanto esplicitamente escluso. È riservata esclusivamente a coloro che appartengono al Tipo Professione "Dipendente";
- **Professionale:** L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento dell'Attività Professionale dichiarata in Polizza, incluso il "Rischio in itinere" (per i soli Assicurati appartenenti al Tipo Professione "Dipendente"), ovvero il tragitto necessario e normale per lo spostamento dall'abitazione al posto di lavoro, sia con mezzi pubblici che privati. Non è sottoscrivibile da coloro che svolgono un'Attività Professionale tra quelle esplicitamente escluse e da coloro che, non svolgendo una specifica professione, appartengono al Tipo Professione "Non lavoratore"
- **Professionale ed Extra-professionale:** Questa copertura include le due forme precedenti ed è sottoscrivibile da tutti, ad eccezione di coloro che svolgono un'Attività Professionale tra quelle esplicitamente escluse.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia	Nella sola "Copertura Personalizzata" è possibile avere una riduzione del premio selezionando, per la garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio", la franchigia di percentuale maggiore tra le opzioni disponibili (10%) e scegliendo la formula "Assoluta" (descritta in dettaglio nella sezione " Ci sono limiti di copertura? ")
Pluralità di soggetti assicurati nel	Nella sola "Copertura Personalizzata" è previsto uno sconto sul premio complessivo di polizza in base al numero di assicurati presenti in copertura. È possibile assicurare al massimo 10 persone con il medesimo contratto.

medesimo contratto	
Acquisto congiunto di più garanzie	La compresenza di una pluralità di garanzie comporta una riduzione di premio unitario del singolo assicurato: - se si sceglie di modulare la copertura (opzione "Copertura Personalizzata") si beneficia di uno sconto che prescinde dalle garanzie attivate e si incrementa in base alla loro numerosità. - se si sceglie l'opzione di copertura di garanzie a pacchetto (opzione "Menù fisso") viene applicato uno sconto complessivo.
OPZIONI CON AUMENTO DEL PREMIO	
Estensioni Facoltative	Nella sola "Copertura Personalizzata" e' possibile estendere la garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio" alla copertura "Supervalutazione Arti superiori" (descritta nella sezione "Che cosa è assicurato"), pagandone il relativo premio.
Garanzie opzionali	Nella "Copertura Personalizzata" l'aggiunta delle coperture opzionali (descritte nella sezione "Che cosa è assicurato") e la scelta dei relativi massimali implica un incremento del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Si intendono esclusi, quindi non assicurabili: - le Persone fisiche con età superiore a 75 anni all'atto della prima sottoscrizione e a rinnovo (o superiore a 65 anni all'atto della prima sottoscrizione e a rinnovo in caso di acquisto della garanzia Invalidità Permanente da Malattia); - non in buono stato di salute. Inoltre, si intendono non assicurabili gli infortuni derivanti dai seguenti rischi: <u>rischi professionali</u> durante lo svolgimento di un'attività professionale riconducibile o pari alle seguenti categorie: Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo / Atleti, Sportivi professionisti (incluse le guide alpine) / Stunt-men, Controfigure, Acrobati (inclusi gli operatori su corda utilizzati nell'Edilizia aerea/Acrobatica)/ Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani/ Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi / Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale / Guardie giurate, notturne, Guardie armate e Portavalori / Guardie del corpo e Buttafuori/ Investigatori privati / Palombari/ Sommozzatori/ Speleologi; <u>rischi sportivi</u> Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, i seguenti Rischi derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività sportive: <u>qualsiasi sport professionistico</u> Tutti gli sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta; <u>la pratica di Sport Pericolosi e/o Estremi</u>; <u>speleologia e le immersioni subacquee</u> svolte non in gruppo, senza l'impiego di adeguata attrezzatura e senza l'uso di autorespiratore per le immersioni subacquee, inoltre la copertura non opera se l'Assicurato non sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nel caso in cui non sia un corso di abilitazione con presenza di istruttore; <u>Body building / culturismo</u> intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso (non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).
-----------------------	--



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni	Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni, valgono le seguenti ulteriori esclusioni: Per tutte le Garanzie "INFORTUNI" la Società non indennizza gli infortuni derivanti: - da guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato in base alle disposizioni in vigore. Tuttavia, è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo; - da guida di natanti a motore per uso professionale (l'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto); - Gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, preesistenti e noti allo stesso prima della data di decorrenza delle coperture assicurative
-------------------	---

	- La garanzia non è inoltre valida per le Malattie e per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio; - Gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato (salvo quanto pattuito nell'estensione "DANNI ESTETICI" della garanzia "Rimborso spese di cura"); - le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza; - Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato; - Gli infarti di ogni tipo e le ernie (salvo quanto scritto nella sezione "Che cosa è assicurato"). DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA DA INFORTUNIO Non sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato quali Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"; Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili; Bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.); Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari); Collari Schantz, Camp, simili; Ginocchiere DonJoy; Stecche di Zimmer. RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO Sono escluse le spese di natura alberghiera, in riferimento alle cure termali, le rotture o i danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio, le spese sostenute dall'assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro. TUTELA LEGALE la Garanzia Tutela legale non è inoltre valida: - in materia fiscale ed amministrativa; - per fatti dolosi delle persone assicurate; - per controversie contro la Società; - spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista, in assenza di autorizzazione della Società; - spese legali diverse da quelle previste nel D.Lgs 55/2014; - spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Società. La Società, inoltre, non si assume il pagamento di Multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere ASSISTENZA la Garanzia Assistenza non è inoltre valida: - per le Malattie; - per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio indennizzabile. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA La Garanzia Invalidità permanente da malattia non è operante per le conseguenze dovute a: - infortunio; - stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipula del contratto, non dichiarati, con dolo o colpa grave, in fase assuntiva o nel Questionario Anamnestico che, unitamente alle dichiarazioni rilasciate in fase assuntiva, è parte integrante della presente Polizza; - cure dimagranti / dietetiche e interventi di carattere estetico; - chirurgia plastica / stomatologica /ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione del contratto; - malattie tropicali; - prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione; - cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia; - a cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.
Rivalse	La Società eserciterà il proprio diritto alla rivalsa in caso di dolo.
Franchigia	Nel presente contratto la franchigia (ovvero la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato) è quantificata, a seconda della garanzia a cui è riferita, in percentuale, in giorni o in valore assoluto. In particolare: Garanzia <u>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO</u> - Opzione "<u>Menù Fisso</u>": opera con la franchigia del 5% comunque assorbita per IP>20%, nella formula "Assoluta"; - Opzione "<u>Copertura Personalizzata</u>": consente di scegliere la percentuale di franchigia e il tipo di formula di operatività della stessa fra "Assorbibile con supervalutazione" e "Assoluta". In particolare: 1) franchigia "<u>Assorbibile con supervalutazione</u>" dove:

	• Franchigia 5% assorbibile da IP accertata >20% e supervalutazione IP liquidata a partire da IP accertata > 40% (con IP da 65% si liquida il 100%); • Franchigia 10% assorbibile da IP accertata >20% e supervalutazione IP liquidata a partire da IP accertata > 40% (con IP da 65% si liquida il 100%). 2) franchigia "Assoluta" dove: • Franchigia 3% comunque assorbita per IP>10%; • Franchigia 5% comunque assorbita per IP>20%; • Franchigia 10% comunque assorbita per IP>30%. • In tutti i casi con IP da 65% si liquida il 100% della somma assicurata. Garanzia <u>INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO DA INFORTUNIO</u> È prevista la scelta di una Franchigia assoluta di 7 giorni o 15 giorni che viene detratta dal complessivo periodo di accertata e documentata Inabilità temporanea. Garanzia <u>RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO</u> Franchigia di € 100,00 per ogni sinistro. Garanzia <u>INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA</u> Franchigia pari al 25%, dove: - per un grado di Invalidità Permanente accertata inferiore al 25% non viene riconosciuto alcun indennizzo all'assicurato, - per percentuali pari o superiori al 25% e fino al 65,99% di invalidità viene riconosciuta una somma in base alle percentuali di liquidazione previste, - per percentuali pari al 66% ed oltre, viene riconosciuta l'intera somma assicurata.
Scoperto	Lo Scoperto è previsto per la garanzia "Rimborso spese di cura", in assenza di ricovero, ed è pari ad una percentuale del 10% del danno indennizzabile, con il minimo di 100 euro .

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: <u>Sezione Infortuni:</u> Da effettuarsi per iscritto alla Società entro 3 giorni dalla data di accadimento o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso scritto alla Società congiuntamente ai seguenti documenti: documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero; certificato di morte; certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato; atto notorio da cui risulti l'identificazione degli eredi; nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto. La denuncia deve essere mandata per raccomandata a/r all'indirizzo della Società (anche eventualmente per il tramite dell'Intermediario che ha in gestione il contratto). <u>Sezione Tutela legale:</u> Prima di prendere qualsiasi iniziativa, l'Assicurato deve denunciare qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui questo si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza. Alla denuncia del sinistro va allegata una esaustiva descrizione dell'accaduto e tutta la documentazione di cui l'assicurato è in possesso a supporto dell'accaduto. <u>Sezione Assistenza:</u> L'Assicurato, per poter beneficiare della prestazione, deve immediatamente informare la Centrale Operativa dell'accadimento del sinistro e richiedere assistenza diretta a quest'ultima. <u>Sezione Malattia:</u> L'Assicurato, deve denunciare la malattia entro 10 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia Invalidità permanente da malattia. Assistenza diretta/in convenzione: Vi sono prestazioni erogate in forma diretta, tramite Centrale Operativa incaricata dalla società e sono riferite alla Garanzia opzionale Assistenza

	Gestione da parte di altre imprese: La Compagnia, per la trattazione dei sinistri, non si avvale di altre Compagnie di Assicurazione. Prescrizione: Il diritto dell'assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive se il sinistro viene denunciato alla società decorsi due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	La Società, verificata l'operatività delle Garanzie colpite dal Sinistro, ricevuta la documentazione necessaria e valutato il danno, provvederà alla liquidazione dell'indennizzo. In riferimento alla garanzia <u>DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA DA INFORTUNIO</u>, l'indennizzo verrà liquidato, successivamente alla dimissione ospedaliera, entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta attestante l'avvenuto ricovero e non prima della rimozione della gessatura o a termine del periodo di inabilità certificato in caso di immobilizzo. In riferimento alla garanzia <u>DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO</u>, l'indennizzo verrà liquidato entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta ed attestante la convalescenza domiciliare post-ricovero prescritta dai medici che hanno tenuto in cura l'assicurato. In riferimento alla garanzia <u>INABILITÀ TEMPORANEA AL LAVORO DA INFORTUNIO</u>, l'indennizzo verrà liquidato a guarigione clinica ultimata e attestata da documentazione medica ed entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta all'assicurato. In riferimento alla garanzia <u>RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO</u>, il rimborso viene effettuato a guarigione clinica avvenuta, su presentazione dei documenti giustificativi ed entro 30 giorni dal ricevimento degli stessi. Invece, in caso di <u>INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO o DA MALATTIA</u> la Società si impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti. Tale termine è previsto anche in caso di decesso dell'assicurato, se si ritiene necessario per la valutazione del sinistro l'autopsia dell'assicurato. La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione.



Quando e come devo pagare?

Premio	Regime fiscale <u>Imposte sui premi:</u> i premi sono soggetti alle seguenti aliquote di imposta calcolate sui premi imponibili delle singole garanzie come di seguito indicato: Garanzie <u>Infortunio</u> (Invalidità Permanente ed Estensione Supervalutazione arti superiori, Morte, Diaria da ricovero o gessatura, Inabilità temporanea al lavoro, Rimborso spese di cura, Diaria da Convalescenza): 2,5% Garanzia <u>Tutela Legale</u>: 21,25% Garanzia <u>Assistenza</u>: 10% (per le prestazioni dirette di assistenza) e 21,25% (per le prestazioni a rimborso) Garanzia <u>Invalidità Permanente da Malattia</u>: 2,5%. <u>Detrazione Fiscale dei Premi:</u> sono soggetti ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia i premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio "Morte e Invalidità Permanente da infortunio e/o malattia" superiore al 5%. Per poter usufruire della detrazione, il Contraente deve aver stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fisica fiscalmente a carico, tenuto conto degli obblighi e limitazioni della normativa fiscale vigente. Frazionamento del premio Il Contraente può, all'atto della sottoscrizione, scegliere di frazionare la corresponsione del Premio annuale con periodicità mensile o semestrale.
Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso del pro-rata premio nei seguenti casi: - <u>Trasferimento di residenza all'estero del Contraente:</u> poiché la polizza è valida esclusivamente per Contraenti ed Assicurati residenti in Italia, il trasferimento di residenza (o di sede) all'estero di tali soggetti costituisce causa di immediata risoluzione del contratto da parte della Società e la stessa provvederà al rimborso della quota parte di Premio imponibile relativo al periodo di polizza non goduto. - <u>Recesso in caso di acquisto online:</u> In caso di vendita online (diretta) ossia di polizza stipulata a distanza,

	il Contraente dispone di un termine di 14 giorni, a partire dalla data di stipula o da quella di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva, per esercitare il diritto di Recesso, senza dover indicare alcun motivo, purché, in tale periodo di 14 giorni, il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di Sinistro o intenda farla e/o non ci siano stati Sinistri che potrebbero determinarla. Il rimborso del Premio verrà effettuato dalla Compagnia al netto delle imposte assicurative. - <u>Cessazione del contratto al manifestarsi di alcuni eventi legati alla salute</u>: l'eventuale manifestazione di condizioni quali alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza (A.I.D.S.) comporta la cessazione del contratto per il solo assicurato coinvolto e la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione, la quota parte di premio non goduta, al netto delle imposte già pagate. L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi non costituisce manifestazione di volontà della Società di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati. - <u>Compresenza di più polizze infortuni con Global Assistance in capo al medesimo assicurato</u>: in caso di sinistro, qualora la liquidazione superi l'importo cumulativo massimo di € 1.500.000 (per il caso Morte e Invalidità permanente Totale) sarà cura della Società provvedere al rimborso al Contraente del pro rata dei premi di tali polizze in proporzione alla singola somma assicurata ed all'importo eventualmente non liquidato
--	--

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, tuttavia si precisa che, per alcune garanzie, l'effetto della carenza modifica, per il primo anno di copertura, la durata come segue: - per la Garanzia Invalidità Permanente da malattia, il rischio decorre superato il periodo di carenza contrattuale di 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza di polizza, ferma la scadenza contrattuale. - per la Garanzia Tutela Legale il rischio decorre per i casi assicurativi che insorgono nel periodo successivo alla carenza contrattuale di 90 (novanta) giorni dalla decorrenza della polizza, salvo che nel caso di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali (dove non è operante la suddetta carenza).
Sospensione	Il mancato pagamento dei premi fa sospendere l'assicurazione (dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente premio) con ripresa di vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento per gli infortuni (occorsi successivamente a tale data) o del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le malattie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	E' previsto il recesso in caso di acquisto online: In caso di vendita online (diretta) ossia di polizza stipulata a distanza, il Contraente dispone di un termine di 14 giorni, a partire dalla data di stipula o da quella di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva, per esercitare il diritto di Recesso, senza dover indicare alcun motivo, purché, in tale periodo di 14 giorni, il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di Sinistro o intenda farla e/o non ci siano stati Sinistri che potrebbero determinarla. Il rimborso del Premio verrà effettuato dalla Compagnia al netto delle imposte assicurative.
Risoluzione	Non sono previste ipotesi di risoluzione a favore del contraente.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto a: - <u>contraenti persone fisiche</u> di età superiore ai 18 anni e residenti in Italia, che può stipulare per se e per conto di terzi, relativamente ad assicurati con domicilio in Italia. Sono assicurabili fino a 10 persone anche non appartenenti al medesimo nucleo familiare. - <u>contraenti persone giuridiche</u> quali Società (PMI) per assicurare i soci, i membri del consiglio di amministrazione, o i dipendenti/collaboratori anche esterni della società Contraente tutti residenti (o con sede) in Italia. Sono assicurabili fino ad un massimo di 10 persone per polizza, tutti comunque riconducibili alla società Contraente (no i relativi familiari se non sono dipendenti /collaboratori, prestatore di lavoro, dell'azienda contraente). Gli assicurati: - devono avere un'età massima (alla sottoscrizione ed al rinnovo) di 75 anni (non superiore a 65 anni alla sottoscrizione e al rinnovo per l'assunzione della garanzia Invalidità Permanente da Malattia) - devono svolgere un'attività rientrante nelle categorie assicurabili; - non devono essere affetti da infermità gravi quali: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero infermità dovute a malattie del sistema nervoso o della psiche (schizofrenia, psicosi, depressione, nevrosi,	

insufficienza mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, cerebropatie, paresi, paralisi, epilessia);
 - non devono essere affetti da Difetti Fisici gravi ed invalidanti, da infermità e/o Invalidità Permanenti con postumi valutati in misura superiore al 50%;
 - non abbiano avuto precedenti polizze infortuni annullate, per iniziativa dell'Impresa di assicurazioni, prima della loro naturale scadenza



Quali costi devo sostenere?

Sono a carico del Contraente la quota parte percepita dagli intermediari (con riferimento all'intero flusso commissionale) che nel presente contratto sono previsti pari al **26,69%** del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (Numero di fax 02.43.33.50.20 – indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Contatti". Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'Ivass (Info su: www.ivass.it).
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- <u>Arbitrato</u> : Per le controversie riguardanti l'esecuzione dell'Assicurazione, è esclusivamente competente il Foro di Residenza o domicilio elettivo del Contraente (o dell'Assicurato, se diverso dal Contraente), ovvero il Foro di Milano qualora il Contraente - Assicurato risulti essere un soggetto giuridico titolare di Partita Iva. In caso di controversie tra le parti di natura medica sul grado di invalidità permanente e/o Inabilità temporanea al lavoro, nonché sui criteri di indennizzabilità e modalità di accertamento, il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. - <u>Liti Transfrontaliere</u> : è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net).

AVVERTENZE:

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO E' DISPONIBILE SUL SITO ISTITUZIONALE DELL'IMPRESA (WWW.GLOBALASSISTANCE.IT) UN'AREA RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), ALLA QUALE E' POSSIBILE ACCEDERE TRAMITE CREDENZIALI DA RICHIEDERE ALL'IMPRESA STESSA. PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE, POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Wopta per te Persona

Modello GA01.0922

Data ultimo aggiornamento 15.09.22

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari



Wopta per te – Persona, è un prodotto assicurativo di Global Assistance Compagnia di assicurazioni e riassicurazioni S.p.A, – Gruppo Assicurativo Ri.Fin - e distribuito da Wopta Assicurazioni S.r.l.



Sommario

Glossario.....	4	21.2 Opzione “Supervalutazione arti superiori” (operante purché indicato “SI” in Polizza).....	13
Condizioni di Assicurazione.....	6	21.3 Opzione “Key Man” (operante purché indicato “SI” in Polizza).....	13
Art 1. Decorrenza di Polizza, pagamento e variazione del Premio.....	6	21.4 Massimali e limitazioni	13
1.1 Decorrenza	6	Morte da Infortunio (M)	13
1.2 Pagamento del Premio	6	Art 22. Oggetto dell'Assicurazione.....	13
1.3 Revisione del Premio e/o condizioni.....	6	22.1 Morte presunta (sempre operante)	13
Art 2. Durata dell'Assicurazione	6	22.2 Commorienza coniugi (sempre operante).....	13
Art 3. Disdetta/proroga della Polizza	6	22.3 Opzione “Key Man” (operante purché indicato “SI” in Polizza).....	14
Art 4. Variazioni in corso di Polizza.....	6	22.4 Massimali e limitazioni	14
Art 5. Foro competente	7	Diaria da Ricovero o Gessatura da Infortunio (DR).....	14
Art 6. Rinvio alle norme di legge	7	Art 23. Oggetto dell'Assicurazione.....	14
Art 7. Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla Polizza.....	7	23.1 Esclusioni: cosa non è assicurato	14
Art 8. Requisiti per l'assicurabilità.....	7	23.2 Massimali e limitazioni.....	14
Art 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio / aggravamento e diminuzione del Rischio.....	8	Diaria da Convalescenza da Infortunio	15
9.1 Dichiarazione relative alle circostanze del Rischio	8	Art 24. Oggetto dell'Assicurazione.....	15
9.2 Aggravamento del Rischio.....	8	24.1 Massimali e limitazioni	15
9.3 Diminuzione del Rischio	8	Inabilità Temporanea da Infortunio (ITI)	15
Art 10. Altre assicurazioni	8	Art 25. Oggetto dell'Assicurazione.....	15
Art 11. Estensione territoriale.....	8	25.1 Massimali e limitazioni.....	15
Art 12. Indicizzazione.....	8	Rimborso spese di cura da Infortunio (RSC).....	16
Art 13. Diritto di recesso.....	9	Art 26. Oggetto dell'Assicurazione.....	16
13.1 Recesso in caso di Sinistro	9	26.1 Esclusioni: cosa non è assicurato.....	16
13.2 Recesso in caso di trasferimento all'estero del Contraente	9	26.2 Danno estetico (sempre operante)	16
13.3 Recesso in caso di acquisto online	9	26.3 Massimali e limitazioni.....	16
Art 14. Criteri per la determinazione del Premio	9	Sezione B – TUTELA LEGALE	17
Art 15. Somme Assicurate e cumuli per evento	9	Tutela Legale (TL)	17
Cosa è possibile assicurare	9	Art 27. Oggetto dell'Assicurazione.....	17
Art 16. Sezioni e garanzie	9	27.1 Casi assicurati.....	17
Cosa non è possibile assicurare.....	10	27.2 Esclusioni: cosa non è assicurato.....	17
Art 17. Esclusioni comuni a tutte le Sezioni.....	10	27.3 Insorgenza del caso assicurativo – Operatività.....	17
Sezione A – INFORTUNI	11	27.4 Massimali e limitazioni	17
Art 18. Ambito di copertura	11	Sezione C – ASSISTENZA	18
Art 19. Eventi garantiti - estensioni	11	Assistenza (AS)	18
Art 20. Cosa non è assicurato - sezione A Infortuni	12	Art 28. Oggetto dell'Assicurazione.....	18
20.1 Rischi esclusi.....	12	28.1 Esclusioni: cosa non è assicurato.....	19
20.2 Rischi professionali esclusi	12	28.2 Massimali e limitazioni.....	19
20.3 Rischi sportivi esclusi.....	12	Sezione D – MALATTIA	20
Invalidità Permanente da Infortunio (IPI)	12	Invalidità Permanente da Malattia	20
Art 21. Oggetto dell'Assicurazione.....	12	Art 29. Oggetto dell'Assicurazione.....	20
21.1 Adattamento dell'abitazione a seguito di grave Invalidità Permanente (sempre operante)	13	29.1 Esclusioni: cosa non è assicurato.....	20
		29.2 Massimali e limitazioni.....	20

Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione..... 21

Sezione A – INFORTUNI	21
Art 30. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Infortuni	21
Art 31. Criteri di indennizzabilità	21
Art 32. Controversie: Arbitrato irrituale	21
Art 33. Rinuncia al diritto di Rivalsa	22
Art 34. Liquidazione in caso variazione dell'Attività Professionale in assenza di comunicazione	22
Art 35. Condizioni specifiche per garanzia, da applicare in caso di Sinistro	22
35.1 Invalidità Permanente da Infortunio	22
a) Modalità di accertamento e di Indennizzo	22
b) Diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'Infortunio	23
35.2 Morte da Infortunio	23
a) Morte presunta	23
b) Cumulo degli Indennizzi	23
35.3 Diaria da Ricovero o Gessatura da Infortunio	23
35.4 Diaria da Convalescenza da Infortunio	23
35.5 Inabilità Temporanea da Infortunio	23
a) Criteri di liquidazione	23
35.6 Rimborso Spese di Cura da Infortunio	24
Sezione B – TUTELA LEGALE	24
Art 36. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Tutela Legale	24
36.1 Gestione del caso assicurativo	24

36.2 Recupero delle somme	24
---------------------------------	----

Sezione C – ASSISTENZA	24
------------------------------	----

Art 37. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Assistenza	24
--	----

Sezione D – MALATTIA	25
----------------------------	----

Art 38. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Invalidità Permanente da Malattia	25
---	----

38.1 Criteri di valutazione - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia (Adozione tabella INAIL)	25
--	----

38.2 Criteri di indennizzabilità - Franchigia	26
---	----

38.3 Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia	26
---	----

38.4 Valutazione del danno - ricorso all'Arbitrato	26
--	----

Allegato 1 - TABELLA DI CLASSIFICAZIONE - ATTIVITA' PROFESSIONALI	27
---	----

Allegato 2 - TABELLE DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	30
--	----

TABELLA 1) Franchigia Assorbibile con Supervalutazione	30
--	----

TABELLA 2) Franchigia Assoluta	30
--------------------------------------	----

Allegato 3 – Tabella di Liquidazione Invalidità Permanente da Malattia	31
--	----

Articoli di legge riportati nella Polizza 31
Esempi di applicazione di Franchigie, Scoperti e Massimali 33

Invalidità Permanente da Infortunio – esempio di Indennizzo:	33
--	----

Rimborso Spese di Cura - esempio di applicazione di Massimale, Scoperto e Franchigia	33
--	----

Glossario

Ai termini indicati, utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione, vengono attribuiti i significati che seguono e saranno riportati nel testo con lettera iniziale Maiuscola:

ARBITRATO: È il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato ed Assicuratore. In tale caso le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione della Polizza.

ASSICURATO: Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di Assicurazione.

ASSICURAZIONE: Il contratto di assicurazione.

ATTIVITA' PROFESSIONALE: l'occupazione lavorativa principale o più rischiosa (secondo la classificazione di cui all'Allegato 1, dove 4 è la più rischiosa), svolta dall'Assicurato, che si caratterizza per Professione e Tipo Professione, come riportato in Allegato 1.

BENEFICIARIO: Il soggetto indicato nel modulo di polizza, che coincide con il Contraente o con l'Assicurato, al quale spetta la prestazione prevista dalla Polizza qualora si verifichi l'evento assicurato.

CARENZA (periodo di): Periodo che decorre dalla data di decorrenza della copertura durante il quale le garanzie non sono operanti e pertanto un eventuale Sinistro non è indennizzato dalla Compagnia.

CENTRALE OPERATIVA: La Struttura Organizzativa esterna (operante in conformità alle norme e regolamenti di vigilanza di tempo in tempo vigenti) costituita da Medici, tecnici, operatori messi a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, cui la Compagnia ha affidato incarico per l'organizzazione e l'erogazione delle Prestazioni previste dalla garanzia "Assistenza"

COLPA GRAVE: Comportamento involontario da cui deriva un fatto illecito, commesso con negligenza, imprudenza, imperizia, violazione di norme.

COMPAGNIA: Compagnia autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa ovvero Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. - Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v. Codice Fiscale, Partita IVA e Registro Imprese di Milano n. 10086540159 R.E.A. n. 1345012 della C.C.I.A.A. di Milano. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Ri-Fin S.r.l., iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi presso l'IVASS al n. 014. La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni e Riassicurazioni con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184) e successive autorizzazioni ed è iscritta all'Albo Imprese presso l'IVASS al n. 1.00111.

CONTRAENTE: Il soggetto che stipula l'Assicurazione e paga il Premio.

CONVALESCENZA: Il periodo temporale, successivo ad un Ricovero, compreso tra la fine della fase acuta dell'alterazione dello stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

COPERTURA ASSICURATIVA: La/le garanzia/e assicurativa/a, inclusa/e in polizza, prestata/e dalla Compagnia.

DANNO ESTETICO: Alterazioni fisionomiche al viso conseguenti ad un Infortunio.

DAY HOSPITAL: La degenza in Istituto di Cura, senza pernottamento, documentata da Cartella Clinica, non comportante intervento chirurgico. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

DIFETTI FISICI /MALFORMAZIONE: Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo morfologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

DISDETTA: Comunicazione che il Contraente deve inviare all'Impresa di assicurazione, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dalla Polizza, per evitare la tacita proroga del contratto di Assicurazione.

DURATA: Periodo intercorrente tra la data di Decorrenza e la data di Scadenza indicate sul Modulo di Polizza e nei documenti contrattuali di rinnovo successivi.

EDILIZIA AEREA/ACROBATICA: Tecnica utilizzata per interventi di ristrutturazione/ manutenzione edile in assenza di uso di ponteggi o piattaforme e tramite l'uso di figure professionali esperte in tecniche di ascensione e discesa che derivano direttamente dall'alpinismo e dalla speleologia.

FRANCHIGIA: Parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato quantificata, in base al tipo di garanzia a cui è riferita, in percentuale, in giorni o in valore assoluto.

GESSATURA: L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia.

INABILITÀ TEMPORANEA: La temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle proprie Attività Professionali.

INDENNIZZO: La somma dovuta all'Assicurato in caso di Sinistro.

INFORTUNIO: Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

INFORTUNIO INDENNIZZABILE: L'evento rientrante nella precedente definizione di "Infortunio" non riconducibile a cause o circostanze escluse dalle presenti condizioni di Assicurazione o non rientranti, per tipologia, nell'ambito di operatività di copertura indicato in polizza (come ad esempio: non è coperto un infortunio sul lavoro se è stata attivata la copertura solo in ambito "extra-professionale" e viceversa).

INTERMEDIARIO: Soggetto iscritto all'apposito Albo istituito presso l'autorità di Vigilanza IVASS che, a seguito di accordi, intermedia le polizze della Compagnia, su esplicita autorizzazione di quest'ultima.

INVALIDITÀ PERMANENTE: La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla "Normale Attività Lavorativa" svolta dall'Assicurato.

ISTITUTO DI CURA: Qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza o lungodegenza, le case di riposo o di soggiorno, le case /cliniche aventi prevalentemente

finalità dietologiche ed estetiche e/o di benessere, nonché le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

MALATTIA: Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortuni, malformazioni e/o Difetti Fisici.

MALATTIE GRAVI E PERMANENTI: Malattie, come da descrizione precedente, che comportino una disabilità grave permanente (ad esempio: SLA, Alzheimer, Epilessia, Diabete, ecc).

MALATTIE TRASMISSIBILI: Per malattia trasmissibile si intende qualsiasi malattia che può essere trasmessa per mezzo di qualsiasi sostanza o agente da un organismo a un altro organismo, dove:

- la sostanza o l'agente comprende, ma non si limita a, un virus, un batterio, un parassita o un altro organismo o qualsiasi sua variante, sia esso ritenuto vivente o meno, e
- il metodo di trasmissione, diretto o indiretto, include, ma non è limitato a, la trasmissione per via aerea, la trasmissione di liquidi corporei, la trasmissione da o a qualsiasi superficie o oggetto, solido, liquido o gas o tra organismi, e
- la malattia, la sostanza o l'agente possano causare o minacciare danni alla salute umana o al benessere umano o possano causare o minacciare danni, deterioramento, perdita di valore, commerciabilità o perdita d'uso di beni.

MALPRACTICE MEDICA: Condotta clinica che denota negligenza del medico e/o Carenze, a livello strutturale e organizzativo, degli Istituti di Cura presso i quali è avvenuto un Ricovero - spesso indipendenti dalle condotte del personale medico, con conseguente danno biologico o psicologico del malato imputabile alla mancata osservazione di riconosciuti standard di finalità assistenziale.

MASSIMALE / SOMMA ASSICURATA / CAPITALI: La somma massima, stabilita in Polizza, fino alla cui concorrenza la Compagnia si impegna a prestare la garanzia o a fornire la Prestazione.

NUCLEO FAMILIARE: L'insieme delle persone, risultanti dallo stesso stato di famiglia, legate da vincolo di parentela (o di fatto purché provato e socialmente noto) con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi (inclusi il convivente more uxorio ed i suoi figli).

PARTI: Il Contraente, gli Assicurati e la Compagnia.

POLIZZA: Documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'esistenza dell'Assicurazione e identifica le figure contrattuali, tra cui gli Assicurati, le garanzie e i Massimali operanti nonché i dati relativi alla Polizza (Decorrenza, scadenza, Premio).

PREMIO: Rappresenta il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'Assicuratore. Il pagamento del Premio costituisce condizione, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

PRESTAZIONE (per la sezione Assistenza): Assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che Global Assistance S.p.A., tramite la Centrale Operativa, deve fornire all'Assicurato nel momento del bisogno.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO: È il documento che l'Assicurato deve compilare, se richiesto dall'Impresa di Assicurazioni, prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti Malattie e/o Infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite servono all'Impresa di Assicurazioni per valutare l'assunzione del Rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità. Qualora richiesto e compilato, il Questionario Anamnestico costituisce parte integrante di Polizza

RICOVERO: La degenza dell'Assicurato in Istituti di Cura pubblici o privati, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in strutture ambulatoriali.

RISCHIO: La probabilità che si verifichi il Sinistro.

RIVALSA: È il diritto che l'Assicuratore ha, in forza dell'art. 1916 del Codice Civile, dopo aver pagato l'Indennizzo all'Assicurato, di sostituirsi a quest'ultimo nel richiedere il risarcimento del danno al terzo che lo ha provocato, al fine di recuperare dal danneggiante la somma liquidata sotto forma di Indennizzo.

SCOPERTO: La parte di danno, indennizzabile a termini di Polizza, espressa in percentuale sull'ammontare del danno stesso che rimane a carico dell'Assicurato.

SFORZO: Esplicazione di forza con prestazione muscolare straordinaria e sproporzionata rispetto alle condizioni fisiche del soggetto con riferimento alla sua età, sesso, abitudini di vita, attività lavorativa, sport praticati.

SINISTRO: Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

SPORT ESTREMI E/O PERICOLOSI: Si intendono sport estremi, a titolo esemplificativo e non limitativo, paracadutismo o skydiving, salto con l'elastico (bungee jumping), sci e snowboard estremi ed acrobatici, freestyle ski, helisnow, airboarding, kitewings, base jumping, canyoning o torrentismo, arrampicata libera (free climbing); si intendono invece sport pericolosi: sci d'alpinismo (intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista), salto dal trampolino con sci e idrosci, bob o skeleton e simili, atletica pesante, sollevamento pesi, lotta nelle sue varie forme incluso il pugilato, arti marziali in genere, rugby, football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A., discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo inclusi rafting, hydrospeed e canoa, speleologia e immersioni con autorespiratore.

SPORT PROFESSIONISTICO: Tutti gli sport costituenti per l'Assicurato Attività Professionale, principale o secondaria, o che comunque comportino una qualsiasi forma di remunerazione sia diretta che indiretta.

WOPTA: Intermediario assicurativo, iscritto al Registro Unico degli Intermediari alla sezione A con numero di registrazione A000701923 e soggetto alla vigilanza IVASS, avente sede legale in Galleria del Corso, 1 - 20122 Milano. PEC: woptaassicurazioni@legalmail.it.

Condizioni di Assicurazione

Art 1. Decorrenza di Polizza, pagamento e variazione del Premio

1.1 Decorrenza

Il Contratto di Assicurazione si intende perfezionato con la sottoscrizione, in ogni sua parte, della Polizza, ed il pagamento del Premio alla firma.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza, se il Premio Alla firma è stato pagato, **altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento effettivo.**

A parziale deroga del paragrafo precedente, a condizione che la valuta di accredito sul conto di Wopta sia entro e non oltre il quinto giorno successivo alla data di decorrenza, si conviene che la data di effetto sarà pari alla data di decorrenza.

Resta in ogni caso fermo il periodo di Carenza, o la diversa decorrenza delle singole garanzie, così come eventualmente indicato negli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Il mancato pagamento del Premio alla firma, decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di emissione comporta la nullità della Polizza e la Compagnia provvederà all'annullamento della stessa senza effetto.

1.2 Pagamento del Premio

Il Premio deve essere pagato a Wopta, oppure direttamente alla Compagnia. Sono consentiti, nei confronti di Wopta esclusivamente strumenti di pagamento elettronico, quali ad esempio bonifico, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate. Il Premio è sempre determinato per il periodo di un anno ed è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Il Contraente è tenuto a versare il Premio (o le rate di Premio) alle scadenze pattuite.

Se il Contraente non paga i Premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo quello della scadenza del periodo di copertura per il quale è stato corrisposto il precedente Premio e torna in vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del codice civile.

Se il Contraente non paga, entro 60 giorni dalla scadenza, una rata di Premio successiva alla prima, l'Assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24:00:

- del giorno in cui si effettua il pagamento per gli infortuni (occorsi successivamente a tale data);
- del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le Malattie.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza della rata arretrata senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento e la Compagnia non abbia agito formalmente per il recupero di quanto dovuto, il contratto è risolto di diritto (art. 1901 del Codice Civile).

1.3 Revisione del Premio e/o condizioni

La Compagnia, in occasione delle scadenze annuali di Polizza e a valere per le annualità successive, **si riserva la facoltà di modificare il Premio e/o di apportare variazioni alle Condizioni di Assicurazione,** mettendo a disposizione del Contraente stesso, almeno 60 giorni prima della scadenza convenuta, per il tramite di Wopta, le nuove condizioni di Premio e/o le eventuali modifiche contrattuali.

Il Contraente, qualora non intenda accettare il nuovo Premio e/o le nuove condizioni comunicategli, potrà recedere dalla Polizza, dando Disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale di Polizza. Qualora il Contraente non comunichi Disdetta entro il giorno di scadenza contrattuale di Polizza e non provveda al pagamento del nuovo Premio, l'Assicurazione, a parziale deroga di quanto previsto al paragrafo precedente, cesserà automaticamente ogni suo effetto dalle ore 24,00 del 30° giorno successivo a quello della rata in scadenza e la Polizza si intenderà risolta senza alcuna formalità. **Il pagamento, da parte del Contraente, del nuovo Premio comporterà l'automatica accettazione delle suddette variazioni contrattuali.**

1.4 Adeguamento automatico del Premio

Non costituisce modifica del Premio con diritto, a quanto indicato al paragrafo precedente, da parte del Contraente, l'adeguamento del Premio a seguito di:

- a) **Aggiornamento dei Premi relativi alla garanzia "Invalidità Permanente da Malattia", in base all'età** raggiunta, alle date di rinnovo e dai singoli Assicurati inclusi in Polizza, per i quali tale garanzia è operante. L'Aggiornamento del Premio imponibile di tale garanzia si ottiene applicando alla Somma Assicurata i seguenti tassi (promille), differenziati per fasce di età:

Età al rinnovo	Fino a 30	Da 31 a 35	Da 36 a 40	Da 41 a 45	Da 46 a 50	Da 51 a 55	Da 56 a 65
Tasso ‰	0,83	1,00	1,50	2,06	2,73	3,32	4,15

- b) **Minor sconto applicato in base alla numerosità dei soggetti Assicurati** qualora nell'annualità successiva il numero degli stessi diminuisca per sopraggiunti limiti massimi di età assicurabile da parte di uno o più Assicurati (Art. 8);
- c) **Il venir meno di alcuni sconti tecnici, applicati al Premio unitario per effetto dell'acquisto congiunto di determinate garanzie,** a seguito del mancato rinnovo, a termini di Polizza di una o più di esse.

Art 2. Durata dell'Assicurazione

La Durata della Polizza è indicata in Polizza. Il periodo di Assicurazione si intende convenzionalmente pari alla Durata di un anno, salvo eventuali risoluzioni anticipate della Polizza.

Art 3. Disdetta/proroga della Polizza

In assenza di Disdetta, da inviarsi a Wopta o alla Compagnia, mediante raccomandata A./R. o altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio, **esercitata dalle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale** (o entro il giorno di scadenza contrattuale, qualora il Contraente non intenda accettare l'eventuale nuovo Premio e/o le nuove condizioni comunicategli ai sensi del precedente Art. 1, paragrafo 1.3), **la Polizza si intende tacitamente prorogata per un anno** e così successivamente fino a quando l'Assicurato più giovane inserito in Polizza, non raggiunga l'età limite ai fini dell'assicurabilità, come indicato al successivo Art. 8.

Art 4. Variazioni in corso di Polizza

Tutte le variazioni in corso di Polizza devono essere comunicate per iscritto a Wopta o alla Compagnia.

4.1 Variazione delle garanzie / Massimali / opzioni scelte

Il Contraente, in occasione di ogni rinnovo annuale della

Polizza, ha la facoltà di richiedere la variazione delle garanzie e/o delle Opzioni di copertura e/o di Franchigia e/o dei Massimali di Polizza prescelti con altre soluzioni eventualmente previste dalla presente Polizza.

In tal caso la suddetta richiesta di variazione sarà oggetto di valutazione, determinando il nuovo Premio dovuto. Il perfezionamento della variazione richiesta con l'indicazione del nuovo Premio dovuto dovrà risultare da apposito documento contrattuale che verrà emesso entro i termini di decorrenza del nuovo periodo annuale di Durata della Polizza, a valere per il rinnovo. Per consentire la suddetta valutazione, **l'eventuale richiesta di variazione da parte del Contraente dovrà pervenire almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale della Polizza mediante lettera raccomandata A/R (o di altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio).**

4.2 Variazione Persone Assicurate

Premesso che con la medesima Polizza:

- **Nel caso di Contraente Persona Giuridica** è possibile assicurare fino ad un massimo di **10** persone per Polizza, che comunque a qualsiasi titolo abbiano un rapporto con il Contraente (ad esempio, non sono includibili i familiari di dipendenti, soci, titolari, collaboratori, se non sono essi stessi dipendenti/collaboratori, prestatori di lavoro, del Contraente);
- **Nel caso di Contraente Persona Fisica** è possibile assicurare fino a **10** persone anche non appartenenti al medesimo Nucleo Familiare.

nel caso in cui la variazione sia riferita alla richiesta di esclusione o inclusione di nuovi soggetti Assicurati, la stessa sarà accolta dalla Compagnia **previa verifica, nel caso specifico di nuova inclusione, dei requisiti di assicurabilità** (come da Art. 8 che segue).

Le variazioni, in questo caso, avranno effetto:

- dalla data di emissione e perfezionamento del nuovo documento contrattuale, **fermi i termini di pagamento dell'eventuale conguaglio del Premio ed i termini di Carenza eventualmente previsti dalle singole garanzie per i nuovi soggetti inclusi;**
- **dalla prima scadenza contrattuale, per i soggetti esclusi.** In questo caso si provvederà all'aggiornamento del Premio previsto per il rinnovo annuale, in base agli Assicurati rimasti in copertura.

4.3 Variazione Attività Professionale

Le variazioni di Rischio, legate al cambiamento dell'Attività Professionale dell'Assicurato rispetto a quanto dichiarato in Polizza, **devono essere comunicate dall'Assicurato ai sensi del successivo Art. 9 e possono comportare, laddove accettate, una maggiorazione o riduzione del Premio dovuto, in funzione della Classe di Rischio di appartenenza della nuova attività svolta.**

Nei casi in cui si ritenesse la nuova Attività Professionale svolta, non assicurabile, per il tipo di garanzia e/o ambito di copertura in corso, ovvero in base ai criteri assuntivi dalla stessa pattuiti per il presente Polizza, o rientri tra quelle espressamente escluse a termini di Polizza, per le quali si rimanda alla sezione "Cosa non è possibile assicurare" delle presenti condizioni di Assicurazione, la Polizza riferita a tale Assicurato cessa con contestuale restituzione del pro-rata del Premio imponibile non goduto.

Art 5. Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione dell'Assicurazione, è esclusivamente competente il Foro di

Residenza o domicilio elettivo del Contraente (o dell'Assicurato, se diverso dal Contraente), ovvero il Foro di Milano qualora il Contraente - Assicurato risulti essere un soggetto giuridico titolare di Partita Iva.

Art 6. Rinvio alle norme di legge

I rapporti contrattuali sono regolati esclusivamente dalla presente Assicurazione, dalle sue eventuali appendici e, per quanto non precisato in esse, dalle norme della legge italiana.

Art 7. Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla Polizza

Quando la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla Polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con l'espresso consenso dell'Assicurato.

Art 8. Requisiti per l'assicurabilità

Sono assicurabili le persone fisiche che possiedano i seguenti requisiti:

- **In riferimento alla residenza:** siano residenti in Italia e mantengano questo requisito per tutta la Durata della Polizza. **Il trasferimento all'estero dell'Assicurato comporta la risoluzione per quest'ultimo della copertura con effetto dalla prima scadenza annuale successiva al trasferimento.** L'Assicurazione prosegue per gli eventuali altri Assicurati presenti in Polizza.
- **In riferimento all'età:** non **abbiano età superiore a 75 anni** alla sottoscrizione ed al rinnovo. Al superamento, durante la copertura, di tale limite di età, l'Assicurazione conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale **dopodiché cessa** in riferimento all'Assicurato interessato rimanendo attiva per gli altri eventuali Assicurati più giovani, se presenti nella medesima Polizza.
- Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia il limite massimo assuntivo e di rinnovo è ridotto; in particolare la garanzia potrà essere acquistata entro i **65 anni** di età **e rinnovata non oltre il 65° anno di età.** Al superamento di tale limite la copertura, riferita alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia dell'Assicurato interessato, conserva la sua efficacia fino alla sua scadenza annuale **dopodiché cessa**, pur rimanendo attiva la Polizza per le altre garanzie.
- **In riferimento all'Attività Professionale:** svolgano un'attività rientrante nelle categorie indicate alla tabella riportata nell'**Allegato 1** delle presenti condizioni di Assicurazione **purché non riferita alle categorie professionali classificate come "N.A." ovvero non assicurabili (a supporto vedasi capitolo "Cosa non è possibile assicurare").**
- **In riferimento allo stato di salute:**

- a) di non essere affetto da infermità gravi quali: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero infermità dovute a malattie del sistema nervoso o della psiche (schizofrenia, psicosi, depressione, nevrosi, insufficienza mentale, demenza, Alzheimer, Parkinson, SLA, sclerosi multipla, cerebropatie, paresi, paralisi, epilessia);

- b) di non essere affetto da Difetti Fisici gravi ed invalidanti, da infermità e/o Invalidità Permanenti con postumi valutati in misura superiore al 50%;
- c) di non aver avuto precedenti Polizze infortuni annullate, per iniziativa di compagnie, prima della loro naturale scadenza.

Resta precisato che, in riferimento al punto “a”, al manifestarsi di tali condizioni nel corso della Polizza, l'Assicurazione stessa, per il solo Assicurato affetto da tali condizioni, cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione del suo stato di salute – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dalla Compagnia di corrispondere un eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione nel corso dell'annualità assicurativa, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la quota parte di Premio non goduta, al netto delle imposte già pagate, relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della Polizza ed il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso. **L'eventuale ed erroneo incasso dei Premi successivi non costituisce manifestazione di volontà della Compagnia di continuare la Polizza e i relativi Premi verranno rimborsati.** In presenza di più Assicurati la cessazione della Polizza ed il relativo rimborso della quota di Premio non goduto è riferita al solo Assicurato coinvolto.

- **In riferimento al pregresso “status” assicurativo:** sono assicurabili le persone fisiche che non abbiano avuto precedenti Polizze infortuni annullate, per iniziativa della Compagnia, prima della loro naturale scadenza.
- **In riferimento all'acquisto della garanzia Invalidità Permanente da Malattia:** sono assicurabili le persone fisiche che siano state valutate idonee dalla Compagnia in base alla valutazione delle risposte ai quesiti loro posti in fase di emissione della Polizza, atte a stabilire il loro stato di salute e/o riportate nel Questionario Anamnestico, a firma dell'Assicurato (o da chi ne fa le veci, in caso di minore).

Le dichiarazioni rese in fase di emissione della Polizza rilasciate dall'Assicurato e/o, in ogni caso, riportate nel Questionario Anamnestico, valutato dalla Compagnia, costituiscono parte integrante della Polizza, pertanto, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applicherà quanto disposto all'Art. 9 nonché agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio / aggravamento e diminuzione del Rischio

Tutte le variazioni in corso di Polizza **devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia**, anche per il tramite di Wopta.

9.1 Dichiarazione relative alle circostanze del Rischio

La Compagnia presta il proprio consenso all'Assicurazione e determina il Premio dovuto unicamente in base alle dichiarazioni, rese dal Contraente e/o dall'Assicurato in fase di sottoscrizione, anche mediante eventuale compilazione del Questionario Anamnestico, relative principalmente allo stato di salute dell'Assicurato stesso (vedasi Art. 8) e la sua Attività Professionale (ovvero quella ritenuta a

maggior Rischio, nei casi in cui svolga più di un'Attività Professionale).

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

9.2 Aggravamento del Rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia o a Wopta di ogni aggravamento del Rischio e, in ogni caso, del cambiamento dell'Attività Professionale dell'Assicurato rispetto a quella originariamente dichiarata.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

In particolare, in riferimento al cambiamento dell'Attività Professionale, la perdita sarà parziale nel caso in cui la Compagnia, se avesse conosciuto il nuovo stato delle cose, avrebbe dato il suo consenso alla prosecuzione della Polizza a condizioni differenti; la perdita sarà totale nel caso in cui la Compagnia non avrebbe assunto il Rischio.

9.3 Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio e le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art.1897 del Codice Civile: in tale caso la Compagnia rinuncia al diritto di recesso.

Art 10. Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dalla preventiva comunicazione alla Compagnia dell'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi Rischi e Assicurati ai quali si riferisce la Polizza. **Tuttavia, in caso di Sinistro, il Contraente deve darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.**

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

Si conviene che laddove coesistano, in capo allo stesso Assicurato, più Polizze infortuni per il medesimo Rischio stipulate con la Compagnia, la liquidazione individuale non potrà superare l'importo cumulativo massimo di € 1.500.000 (per il caso morte e Invalidità Permanente Totale). Sarà cura della Compagnia provvedere al rimborso al Contraente del pro rata dei Premi di tali Polizze in proporzione alla singola Somma Assicurata ed all'importo eventualmente non liquidato.

Art 11. Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per i Sinistri avvenuti nel mondo intero, salvo se e quanto diversamente indicato nelle singole garanzie.

Art 12. Indicizzazione

Con la presente Polizza le Somme Assicurate non sono soggette ad indicizzazione annuale.

Art 13. Diritto di recesso

13.1 Recesso in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, purché non riferito alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, le Parti possono recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'Indennizzo.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Compagnia deve essere comunicato all'altra Parte con lettera raccomandata A./R. (o con altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio) e ha efficacia dopo 30 (trenta) giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

La Compagnia rimborsa al Contraente entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la parte di Premio, al netto delle imposte assicurative, versata e non goduta.

13.2 Recesso in caso di trasferimento all'estero del Contraente

La Polizza è valida esclusivamente per Contraenti residenti/con sede in Italia. Il trasferimento di residenza/sede all'estero di tali soggetti costituisce causa di immediata risoluzione della Polizza da parte della Compagnia. La Compagnia in tal caso provvede al rimborso della quota parte di Premio, al netto delle imposte assicurative, relativo al periodo di Polizza non goduto.

13.3 Recesso in caso di acquisto online

In caso di vendita online (diretta) ossia di polizza stipulata a distanza, il Contraente, in base all'art. 67-duodecies comma 5b del d.lgs. n. 206/2005 (c.d. Codice del Consumo), dispone di un termine di 14 giorni, a partire dalla data di stipula o da quella di ricezione della documentazione contrattuale, se successiva, per esercitare il diritto di Recesso, senza dover indicare alcun motivo, purché, in tale periodo di 14 giorni, il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di Sinistro o intenda farla e/o non ci siano stati Sinistri che potrebbero determinarla.

Per l'esercizio del Recesso il Contraente dovrà inviare richiesta scritta alla Compagnia presso la sua Sede, o presso Wopta, a mezzo di lettera Raccomandata con avviso di ricevimento o via PEC. Il rimborso del Premio verrà effettuato dalla Compagnia al netto delle imposte assicurative.

Art 14. Criteri per la determinazione del Premio

Premesso che, con il presente prodotto, è possibile personalizzare, per ogni Assicurato incluso nella medesima

Polizza, la Copertura Assicurativa, il Premio unitario è frutto della **risultanza delle scelte effettuate** (fra queste: la combinazione delle **garanzie**, offerte in base all'Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato stesso, i **Massimali/Somme Assicurate**, l'**ambito di copertura**, quest'ultima offerta in funzione dell'Attività Professionale dichiarato alla sottoscrizione, l'**opzione di Franchigia** della garanzia Invalidità Permanente da Infortunio) e dalla variabile dovuta alla **Classe di Rischio** a cui è ricondotta l'Attività Professionale svolta dall'Assicurato.

Esclusivamente per la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, il Premio unitario viene imputato in base all'età anagrafica dell'Assicurato risultante alla sottoscrizione e si incrementa in base all'età raggiunta ai rinnovi secondo la tariffa in vigore (vedasi "coefficiente di incremento Premio" di cui alla tabella del precedente Art. 1, paragrafo 1.4 lettera a.).

Sconto per "cumulo" di garanzie

La compresenza di una pluralità di garanzie comporta una riduzione di Premio unitario del singolo Assicurato.

Se si sceglie di modulare la copertura (opzione "**copertura personalizzata**") si beneficia di uno sconto che prescinde dalle garanzie attivate e si incrementa in base alla loro numerosità.

Se si sceglie l'opzione di copertura di garanzie a pacchetto (opzione "**menù fisso**") viene applicato uno sconto.

Sconto per "pluralità" di soggetti Assicurati

Il Premio complessivo di Polizza, determinato quale somma dei Premi unitari relativi ai singoli Assicurati presenti nella medesima Polizza, nell'opzione "**copertura personalizzata**" è soggetto ad uno sconto sensibile alla numerosità degli Assicurati.

Art 15. Somme Assicurate e cumuli per evento

Le Somme Assicurate, sono indicate in Polizza in corrispondenza di ogni garanzia.

L'Indennizzo massimo della Compagnia per il medesimo Rischio/Assicurato, in alcun caso (ivi compresa la contemporanea esistenza di diverse Assicurazioni stipulate con la Compagnia stessa) potrà superare l'importo complessivo individuale di € 1.500.000.

In caso di evento garantito che colpisca una pluralità di persone Assicurate con la Compagnia, l'**esborso massimo** di quest'ultima a favore di tutte le persone coinvolte ed assicurate non potrà in alcun caso superare la somma di € 5.000.000. Di conseguenza, qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dalla Compagnia alle diverse persone Assicurate eccedano il limite sopraindicato, l'Indennizzo spettante a ciascun Assicurato sarà ridotto in proporzione alle singole somme da ciascuno assicurate e la Compagnia restituirà ad ognuno il Premio in proporzione alla somma non liquidata.

Cosa è possibile assicurare

Art 16. Sezioni e garanzie

L'offerta assicurativa si compone di garanzie che possono essere acquistate secondo le due opzioni che seguono:

Opzione	garanzie	Modalità di acquisto
"Menù Fisso"	Pacchetto di garanzie: ✓ Invalidità Permanente da Infortunio (IPI) ✓ Morte da Infortunio (MI) ✓ Rimborso Spese di Cura (RSC) ✓ Assistenza (AS)	Acquisto congiunto e Somme Assicurate a scelta esclusivamente tra opzione €50.000 oppure € 100.000 per morte e Invalidità Permanente da Infortunio; Rimborso Spese di Cura € 2.500

Opzione	garanzie		Modalità di acquisto
“Copertura Personalizzata”	garanzie principali:	✓ Invalidità Permanente da Infortunio (IPI)	Attivabile anche singolarmente
		✓ Diaria da Ricovero o Gessatura (DR)	Attivabile anche singolarmente
	garanzie opzionali:	✓ Morte da Infortunio (MI)	Attivabile liberamente purché presente almeno la “garanzia principale” IPI
		✓ Inabilità Temporanea al lavoro (ITI)	Attivabile liberamente purché presente almeno la “garanzia opzionale” MI Questa garanzia non può essere sottoscritta da soggetti con reddito da lavoro dipendente, Studenti, Pensionati, Casalinghe, Benestanti e Disoccupati / Nullafacenti.
		✓ Diaria da Convalescenza (DC)	Attivabile liberamente purché presente almeno la “garanzia principale” DR
		✓ Rimborso Spese di Cura (RSC)	Attivabili liberamente purché presente almeno una delle “garanzie principali” IPI o DR
		✓ Assistenza (AS)	
		✓ Tutela Legale (TL)	
		✓ Invalidità Permanente da Malattia (IPM)	Attivabile liberamente purché presente almeno la “garanzia principale” IPI

Negli articoli che seguono vengono dettagliati i contenuti delle garanzie, all'interno delle rispettive Sezioni. In particolare:

Sezione A) INFORTUNI, include le seguenti garanzie:

- Invalidità Permanente da Infortunio (IPI)
- Morte da Infortunio (MI)
- Diaria da Ricovero o Gessatura da Infortunio (DR)
- Diaria da Convalescenza da Infortunio
- Inabilità Temporanea da Infortunio
- Rimborso Spese di Cura da Infortunio

Sezione B) TUTELA LEGALE, include la garanzia Tutela Legale

Sezione C) ASSISTENZA, include la garanzia Assistenza

Sezione D) MALATTIA, include la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Le “garanzie” e le correlate “Estensioni Facoltative”, previste dalle singole sezioni, sono operanti solo se richiamate in Polizza e indicato il relativo Premio, nonché la Somma Assicurata (se prevista).

Cosa non è possibile assicurare

Art 17. Esclusioni comuni a tutte le Sezioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i Sinistri conseguenti a:

- Guerre (internazionali o civili, dichiarate o meno), rivoluzioni, insurrezioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, scioperi o serrate;
- Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- Movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- Stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di sostanze allucinogene, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- Sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V. e A.I.D.S.);
- Detenzione od impiego di sostanze radioattive, trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e/o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi “X”, ecc);
- Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- Prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;

- Atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- Pratica di sport aerei in genere e partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti o test per la messa a punto dei mezzi;
- Uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma.

La Compagnia non sarà tenuta a fornire la Copertura Assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui alla presente Polizza, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale. La presente polizza esclude qualsiasi perdita, danno, responsabilità, reclamo, costo o spesa di qualsiasi natura, direttamente o indirettamente causata da, contribuita da, risultante da, derivante da, o in relazione a una Malattia Trasmissibile o dal timore o minaccia (reale o percepita) di una Malattia Trasmissibile; il tutto indipendentemente da qualsiasi altra causa o evento che vi contribuisca contemporaneamente o in qualsiasi altra sequenza.

Sezione A – INFORTUNI

Art 18. Ambito di copertura

Premesso che per ogni soggetto Assicurato viene identificata in Polizza l'Attività Professionale svolta, e che ad ognuna di queste corrisponde una Classe di Rischio (come indicato nell'Allegato 1 alla specifica Tabella di "Classificazione delle Attività Professionali"), l'ambito di operatività di copertura (distinta tra "Professionale", "Extraprofessionale", "Professionale ed Extra-Professionale") è attribuita in funzione del singolo Rischio secondo i criteri che seguono:

- Rischio "Professionale":

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante lo svolgimento dell'Attività Professionale dichiarata in Polizza, incluso il "Rischio in itinere" (per i soli Assicurati appartenenti al Tipo Professione "Dipendente"), ovvero il tragitto necessario e normale per lo spostamento dall'abitazione al posto di lavoro, sia con mezzi pubblici che privati. **Questo tipo di copertura non è sottoscrivibile da coloro che svolgono un'Attività Professionale tra quelle esplicitamente escluse** (vedasi capitolo "Cosa non è possibile assicurare") **e da coloro che, non svolgendo una specifica professione, appartengono al Tipo Professione "Non lavoratore"**;

- Rischio "Extra-professionale":

L'Assicurazione vale **esclusivamente** per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che egli compia senza carattere di professionalità, durante il tempo libero e/o la pratica di sport ricreativi, **tranne quanto esplicitamente escluso** (vedasi capitolo "Cosa non è possibile assicurare"). In particolare, questo tipo di copertura **è riservata esclusivamente a coloro che appartengono al Tipo Professione "Dipendente"**;

- Rischio "Professionale ed Extra-Professionale":

Questa copertura include le due forme precedenti ed è sottoscrivibile da tutti, **ad eccezione di coloro che svolgono un'Attività Professionale tra quelle esplicitamente escluse** (vedasi capitolo "Cosa non è possibile assicurare").

Art 19. Eventi garantiti - estensioni

Nell'ambito di operatività di copertura indicata in Polizza, sono compresi in garanzia tutti gli Infortuni, **non derivanti da eventi esplicitamente esclusi (vedasi capitolo "Cosa non è possibile assicurare")**, avvenuti nel periodo di validità della Polizza, aventi le caratteristiche rientranti nella definizione di Infortunio.

Sono considerati Infortuni compresi nell'Assicurazione anche:

- asfissia (non di origine morbosa)** involontaria per subitanea e violenta fuga di gas e vapori;
- avvelenamenti** acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazioni accidentali di sostanze tossiche;
- annegamento**;
- assideramento o congelamento**;
- colpi di sole o di calore**;
- folgorazione**;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria, le Malattie tropicali e le conseguenze delle punture di zecca.**

Sono inoltre ricompresi in copertura i seguenti Infortuni:

- derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi** dell'Assicurato, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile;

- causati da tumulti popolari e atti di terrorismo**, a parziale deroga di quanto escluso all'Art. 17, lettera a), **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria**;
- derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata)**, a parziale deroga di quanto escluso all'Art. 17 lettera a), **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. La presente estensione non opera per coloro che svolgono servizio militare**;
- derivanti da calamità naturali**: a parziale deroga di quanto escluso dall'Art. 17 lettera c), l'Assicurazione è estesa agli Infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- Infortuni di volo**: ovvero gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi esercitati da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), **a condizione che non siano esercitati da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs**. La presente condizione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso.
- Infortuni con esiti di rottura traumatica sottocutanea** del tendine di Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine dell'estensore del pollice e del tendine del quadricipite femorale, per i quali **la Compagnia corrisponde forfettariamente, qualora in Polizza sia compresa la garanzia Invalidità Permanente per Infortunio, un Indennizzo pari al 5% della Somma Assicurata senza applicazione della Franchigia prevista in Polizza e per un importo massimo di € 30.000.**

Si precisa che:

- ✓ per tali lesioni non verranno corrisposti altri Indennizzi, per le altre garanzie eventualmente previste in Polizza, con esclusione della garanzia Assistenza;
 - ✓ nel corso dell'intera Durata di Polizza, considerando anche eventuali Polizze sostituite, senza soluzione di continuità, non potrà essere indennizzato, per ogni arto, più di un Sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate;
- lesioni da Sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie salvo le ernie addominali da Sforzo** limitatamente ai casi di Invalidità Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio, se previste dalla Polizza.
In riferimento alla garanzia di Inabilità Temporanea, **se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposto un Indennizzo fino a un massimo di 15 giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposto un Indennizzo, al lordo della Franchigia, non superiore al 10% della Somma Assicurata per Invalidità Permanente da Infortunio**;
 - Infortuni derivanti dalla pratica di sport, fermo quanto già esplicitamente escluso (vedi Art. 17 lettera j) e 20.3) e fatto salvo quanto segue:**
RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA (SENZA ALCUNA LIMITAZIONE)

L'Assicurazione vale per gli **sport non professionistici - Sport non agonistici**, intendendosi per tali la pratica di attività sportive a carattere ricreativo **che non prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva**. Rientrano in questa classificazione anche gli sport che comportino la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti e gli sport che, pur prevedendo un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva, non presentino carattere agonistico.

RISCHI SPORTIVI IN GARANZIA (CON LIMITAZIONE)

L'Assicurazione vale per gli **sport non professionistici di seguito indicati**, per i quali tuttavia l'Indennizzo previsto dalle garanzie di Polizza viene ridotto della metà, e in ogni caso la Somma Assicurata per le garanzie morte e Invalidità Permanente per Infortunio, non potrà superare per ciascuna garanzia l'importo di € 350.000, qualora la Somma Assicurata scelta dovesse eccedere tale importo:

- 1) **Sport agonistici:** la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- 2) **Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai oltre il 3° grado della scala U.I.A.A.** (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), **purché con accompagnamento di Guida professionista, Istruttore Nazionale di Club Alpini, Istruttore di scuole di alpinismo o di sci alpino riconosciute da Club Alpini Nazionali, e con esclusione comunque del free climbing;**
- 3) **Speleologia, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;**
- 4) **Immersioni subacquee con uso di autorespiratore:** sono comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, **a condizione che non siano dovute allo svolgimento di Attività Professionale. La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nell'ambito dello svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore.**

Art 20. Cosa non è assicurato - sezione A Infortuni

20.1 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- a) Gli Infortuni derivanti da guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato in base alle disposizioni in vigore. Tuttavia, è compreso l'Infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a

condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;

- b) Gli Infortuni derivanti da guida di natanti a motore per uso professionale (l'esclusione non opera se l'Infortunio deriva dall'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata in Polizza);
- c) Gli infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di invalidità, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, preesistenti e noti allo stesso prima della data di decorrenza delle coperture assicurative;
- d) La garanzia non è inoltre valida per le Malattie e per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio;
- e) Gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'Infortunio denunciato (salvo quanto pattuito nell'estensione "Danni estetici" della garanzia "Rimborso spese di cura");
- f) le operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da Infortunio non indennizzabile ai sensi della presente Polizza;
- g) Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- h) Gli infarti di ogni tipo e le ernie (salvo quanto disposto all'Art. 19, lettera n).

20.2 Rischi professionali esclusi

Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, i seguenti Rischi derivanti dallo svolgimento di un'Attività Professionale riconducibile o pari alle seguenti categorie: Piloti e Assistenti di volo in servizio attivo / Atleti, Sportivi professionisti (incluse le guide alpine) / Stunt-men, Controfigure, Acrobati (inclusi gli operatori su corda utilizzati nell'Edilizia aerea/Acrobatica)/ Forze dell'ordine, Militari, Vigili del fuoco e Vigili urbani/ Artificieri, Addetti alla fabbricazione di esplosivi / Minatori, Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale / Guardie giurate, notturne, Guardie armate e Portavalori / Guardie del corpo e Buttafuori/ Investigatori privati / Palombari/ Sommozzatori/ Speleologi.

20.3 Rischi sportivi esclusi

Si intendono esclusi, quindi non assicurabili, i seguenti Rischi derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività sportive:

- qualsiasi Sport Professionistico;
- la pratica di Sport Pericolosi e/o Estremi;
- Speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate all'Art. 19 lettera o) punti 3 e 4.
- Body building/ culturismo: intendendosi per tali la ginnastica che, unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso (non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).

Invalidità Permanente da Infortunio (IPI)

Garanzia Principale, alternativa alla Garanzia DR

Art 21. Oggetto dell'Assicurazione

Qualora l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia per conseguenza diretta un'Invalidità Permanente, totale o parziale, la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo pari ad una percentuale della **Somma Assicurata**, indicata in Polizza. Tale percentuale è

determinata in base alla percentuale di Invalidità Permanente accertata secondo quanto riportato nell'Allegato 2 - "Tabelle di liquidazione Invalidità Permanente da Infortunio" e relativa Tabella di **Franchigia** scelta e indicata in Polizza.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli “Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione” e “Cosa non è possibile assicurare” delle presenti condizioni di Assicurazione.

21.1 Adattamento dell'abitazione a seguito di grave Invalidità Permanente (sempre operante)

La Compagnia, in aggiunta all'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, prevede la liquidazione di un Indennizzo a forfait a fronte di giustificativi e presentazione di progetti.

Questa estensione opera qualora, a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, da cui derivi all'Assicurato una **Invalidità Permanente superiore al 65%**, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla propria abitazione di residenza che gli consentano di continuare ad abitarla (come, ad esempio, installazione rampe di accesso, allargamento porte, adeguamento bagno etc). Nel caso in cui l'Assicurato debba andare a risiedere stabilmente presso altra abitazione privata diversa dalla propria, tali interventi, se resi necessari, potranno essere realizzati, **nei limiti di cui sotto**, presso tale abitazione purché il

trasferimento di domicilio sia documentabile dall'Assicurato.

21.2 Opzione “Supervalutazione arti superiori” (operante purché indicato “SI” in Polizza)

Qualora l'Infortunio sia riferito agli arti superiori e/o alle mani e venga accertata una Invalidità Permanente totale o parziale, all'importo liquidabile verrà applicata una maggiorazione del 30%. In ogni caso **l'Indennizzo complessivo non può superare la Somma Assicurata**.

21.3 Opzione “Key Man” (operante purché indicato “SI” in Polizza)

In caso di Contraente persona giuridica, questi è anche Beneficiario, secondo quanto indicato in Polizza, al 50% o al 100% dell'Indennizzo complessivamente liquidabile in caso di Invalidità Permanente pari o superiore al 30%. Tale clausola è operante a condizione che l'Assicurato vi abbia espresso il proprio consenso in forma esplicita.

21.4 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	
Massimali	I Capitali di seguito indicati, si intendono annuali e per singolo Assicurato: - Opzione “Menù Fisso”: a scelta fra € 50.000 o € 100.000. - Opzione “Copertura Personalizzata”: Somme Assicurate liberamente selezionabili per multipli di € 50.000 e fino ad € 1.000.000. La Somma Assicurata oltre € 1.000.000 e fino ad € 1.500.000 è acquistabile esclusivamente come Rischio Direzionale. Per Assicurati di età inferiore a 16 anni: Somma Assicurata massima € 100.000.
Limitazioni	L'estensione inclusiva “Adattamento dell'abitazione a seguito di grave Invalidità Permanente” viene indennizzata fino al limite massimo di € 10.000 (da intendersi per evento e per anno assicurativo).
Franchigie	- Opzione “Menù Fisso”: opera con la Franchigia del 5% Assoluta; - Opzione “Copertura Personalizzata”: consente di scegliere la percentuale di Franchigia e il tipo di formula di operatività della stessa fra “Assorbibile” e “Assoluta”. In particolare: 1) Franchigia “ASSORBIBILE” dove: ✓ Franchigia 5% assorbibile da IP accertata >20% e supervalutazione IP liquidata a partire da IP accertata > 40% (con IP da 65% si liquida il 100%); ✓ Franchigia 10% assorbibile da IP accertata >20% e supervalutazione IP liquidata a partire da IP accertata > 40% (con IP da 65% si liquida il 100%). 2) Franchigia “ASSOLUTA” dove: ✓ Franchigia 3% comunque assorbita per IP>10%; ✓ Franchigia 5% comunque assorbita per IP>20%; ✓ Franchigia 10% comunque assorbita per IP>30%. In tutti i casi con IP da 65% si liquida il 100% della Somma Assicurata. In calce alle presenti Condizioni di Assicurazione, sono riportate le Tabelle (vedasi Allegato n.2) di sviluppo delle percentuali per la determinazione dell'Indennizzo dovuto per Invalidità Permanente da Infortunio, in funzione della percentuale di Franchigia operante.
Scoperti	Non operanti

Morte da Infortunio (M)

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente “almeno” la garanzia IPI, e deve avere un massimale pari o inferiore a quello della garanzia IPI.

Art 22. Oggetto dell'Assicurazione

Qualora l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato la Compagnia liquiderà agli eredi legittimi in parti uguali, in difetto di diversa designazione, effettuata in Polizza o testamentaria, la Somma Assicurata indicata in Polizza.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli “Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione” e “Cosa non è possibile assicurare” delle presenti condizioni di Assicurazione.

22.1 Morte presunta (sempre operante)

La copertura viene estesa al caso di morte presunta dell'Assicurato in seguito a sua scomparsa conseguente ad Infortunio.

22.2 Commorienza coniugi (sempre operante)

Qualora, in seguito ad Infortunio determinato dallo stesso evento, consegue la morte di entrambi i genitori, purché almeno uno risulti assicurato per la garanzia “Morte da infortunio” con la presente Polizza, l'Indennizzo per il caso morte spettante ai figli minorenni, se Beneficiari in base alla presente Polizza, viene aumentata del **100%** per ogni genitore Assicurato deceduto, con il limite di **€ 250.000** per evento e/o cumulo di più Polizze con la Compagnia.

Tale clausola non è operante per Somme Assicurate superiori a € 750.000 per singolo Assicurato.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli maggiorenni portatori di handicap (ovvero affetti, al momento della commorienza dei genitori, da una comprovata e documentabile Invalidità Permanente pari o superiore al 60%), se Beneficiari.

22.3 Opzione “Key Man” (operante purché indicato “SI” in Polizza)

In caso di Contraente persona giuridica, questi è anche Beneficiario, secondo quanto indicato in Polizza, al 50%

o al 100% dell'Indennizzo complessivamente liquidabile in caso di morte.

Tale clausola è operante a condizione che l'Assicurato vi abbia espresso il proprio consenso in forma esplicita.

22.4 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia MORTE DA INFORTUNIO	
Massimali	I Capitali di seguito indicati, si intendono annuali e per singolo Assicurato: - Opzione “Menù Fisso”: a scelta fra € 50.000 o € 100.000. - Opzione “Copertura Personalizzata”: Somme Assicurate liberamente selezionabili per multipli di € 50.000 e fino ad € 1.000.000. La Somma Assicurata oltre € 1.000.000 e fino ad € 1.500.000 è acquistabile esclusivamente come Rischio Direzionale. Per Somma Assicurata per singolo Assicurato superiore a € 750.000 è esclusa la opzione commorienza coniugi. Per Assicurati di età inferiore a 16 anni: capitale massimo assumibile € 100.000.
Limitazioni	L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente per Infortunio. Pertanto, se dopo il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente, ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari dell'Assicurato esclusivamente la differenza tra l'Indennizzo pagato e la Somma Assicurata per il caso morte, qualora quest'ultima fosse superiore.
Franchigie	Non operanti
Scoperti	Non operanti

Diaria da Ricovero o Gessatura da Infortunio (DR)

Garanzia Principale, alternativa alla Garanzia IPI

Art 23. Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia corrisponde, in caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti un Ricovero ospedaliero e/o una Gessatura, un Indennizzo giornaliero, pari a quanto indicato in Polizza, per ciascun giorno di degenza e/o immobilizzazione, calcolata come da criteri che seguono.

Per ogni Assicurato, la durata massima dei giorni indennizzabili per Sinistro/anno assicurativo è **complessivamente e cumulativamente non superiore a 365 giorni, fermi i limiti indennizzabili per il periodo di gessatura e immobilizzo dettagliati al paragrafo successivo.**

Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del Ricovero **per permessi medici, purché non superiori a 3 giorni effettivi.**

Se l'Infortunio comporta sia il Ricovero che la Gessatura (o immobilizzo), **l'Indennizzo da Gessatura (o per l'immobilizzo) verrà corrisposto a partire dal giorno successivo alla dimissione.**

La diaria **raddoppia** in caso di degenza conseguente ad un Infortunio che comporti:

- Intervento per asportazione di organi;
- Trapianto;
- Artro-protesi delle grandi articolazioni (ginocchio, anca, gomito, spalla).

Sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- Bendaggi amidati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio default;
- Minerve (anche in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo halo);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo iselin).

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli “Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione” e “Cosa non è possibile assicurare” delle presenti condizioni di Assicurazione.

23.1 Esclusioni: cosa non è assicurato

Non sono compresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- **Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. “semirigidi”;**
- **Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili;**
- **Bendaggi elastici adesivi (Tentoplast, etc.);**
- **Ortesi in genere (app. di posizione – es.: plantari);**
- **Collari Schantz, Camp, simili;**
- **Ginocchiere DonJoy, salvo quanto precisato al successivo punto 23.2 “Limitazioni”;**
- **Stecche di Zimmer, salvo quanto precisato al successivo punto 23.2 “Limitazioni”.**

23.2 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA	
Massimali	È possibile la scelta fra le seguenti 8 opzioni di diaria giornaliera: € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175, € 200.
Limitazioni	La Diaria da Convalescenza non è cumulabile con la Diaria da Gessatura avvenuta post Ricovero. Non verrà equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali. In caso di Ricovero il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno. In caso di immobilizzo con gessatura: se la stessa comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili),

	applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera, fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 30 giorni per singolo Sinistro. In caso di immobilizzo senza gessatura: viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, limitatamente alla frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o della frattura della costola, purché radiologicamente accertate. Per quanto inerente l'immobilizzazione a seguito di frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in Polizza per una durata forfetaria di 20 giorni; per le fratture di bacino / femore / colonna vertebrale la durata forfetaria è pari a 40 giorni. Relativamente alla ginocchiera DonJoy e alla stecca di Zimmer, le modalità con cui queste sono ammesse all'Indennizzo, a parziale deroga di quanto escluso all'art. 23.1, sono le seguenti:
TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia DIARIA DA RICOVERO O GESSATURA	
Limitazioni	✓ Ginocchiera DonJoy: pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'Indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura del ginocchio. ✓ Zimmer: pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'Indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura.
Franchigie	Non operanti
Scoperti	Non operanti

Diaria da Convalescenza da Infortunio

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente la garanzia DR, il massimale deve essere pari o inferiore

Art 24. Oggetto dell'Assicurazione

In seguito a dimissioni ospedaliere per Infortunio indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia corrisponde la diaria giornaliera indicata in Polizza **limitatamente al periodo di Convalescenza domiciliare post Ricovero prescritta dai medici** che hanno avuto in cura l'Assicurato, **per un periodo massimo pari al doppio di quello di durata del Ricovero e comunque per un numero massimo di 30 giorni per Sinistro.**

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione" e "Cosa non è possibile assicurare" delle presenti condizioni di Assicurazione.

24.1 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia DIARIA DA CONVALESCENZA	
Massimali	È possibile la scelta fra le seguenti 8 opzioni di diaria giornaliera: € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175, € 200.
Limitazioni	In nessun caso la Compagnia potrà liquidare, nell'arco della stessa annualità assicurativa, diarie superiori a 180 giorni per ogni Assicurato. La Diaria da Convalescenza non è cumulabile con la Diaria da Gessatura/immobilizzo avvenuta post Ricovero.
Franchigie	Non operanti
Scoperti	Non operanti

Inabilità Temporanea da Infortunio (ITI)

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente la garanzia M

Art 25. Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia opera nel caso in cui l'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza abbia come conseguenza un'Inabilità Temporanea, ovvero nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'incapacità fisica di attendere in modo **Totale o Parziale** alle proprie Attività Professionali.

La Compagnia liquida l'importo dell'Indennizzo giornaliero assicurato per ogni giorno di Inabilità, e **per un massimo di 365 giorni per ogni Sinistro e per anno assicurativo, al netto della Franchigia indicata in Polizza.**

Questa garanzia è **cumulabile** con la garanzia morte e Invalidità Permanente, qualora operante.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione" e "Cosa non è possibile assicurare" delle presenti condizioni di Assicurazione.

25.1 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia INABILITA' TEMPORANEA	
Massimali	È possibile la scelta fra le seguenti 8 opzioni di diaria giornaliera: € 25, € 50, € 75, € 100, € 125, € 150, € 175, € 200.
Limitazioni	La diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio può essere pattuita solo per soggetti con tipo professione "Autonomo". Qualora in corso di Polizza l'Assicurato dovesse variare la propria attività rientrando in una di quelle sopra indicate, la garanzia contestualmente cessa senza più essere proposta al rinnovo contrattuale successivo.
Franchigie	È possibile la scelta fra le seguenti 2 opzioni di Franchigia assoluta: 7 giorni o 15 giorni.
Scoperti	Non operanti

Rimborso spese di cura da Infortunio (RSC)

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente una o più garanzie principali (IPI e/o DR)

Art 26. Oggetto dell'Assicurazione

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia assicura, **entro il Massimale indicato nel in Polizza**, le spese mediche accertate, rimaste a carico dell'Assicurato, **sostenute nei 120 giorni successivi al Sinistro**.

In particolare, vengono riconosciute le seguenti spese, compresi gli eventuali Tickets pagati in caso di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale:

- **Se c'è stato Ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale**
 - Accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei 90 giorni precedenti al Ricovero, al Day Hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
 - Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - Rette di degenza;
 - Assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami **somministrati o praticati durante il Ricovero;**
 - Esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **effettuati nei 90 giorni successivi la cessazione del Ricovero o del Day Hospital, o l'intervento chirurgico ambulatoriale.**
- **Se non c'è stato Ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale**
 - Accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche e infermieristiche,

i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali **effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

- **Cure e protesi dentarie da infortunio**

- Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie.

Sono infine incluse le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del Sinistro.

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione" e "Cosa non è possibile assicurare" delle presenti condizioni di Assicurazione.

26.1 Esclusioni: cosa non è assicurato

Sono escluse:

- **le spese di natura alberghiera, in riferimento alle cure termali;**
- **le rotture o i danneggiamenti di protesi preesistenti all'Infortunio;**
- **le spese sostenute dall'Assicurato per visite medico legali non richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del Sinistro.**

26.2 Danno estetico (sempre operante)

Nei limiti di cui al precedente Art. 26 ed a parziale deroga delle esclusioni di cui all'Art. 20.1 lettera e), **limitatamente ai danni estetici al volto** sono comprese le spese per gli interventi di **chirurgia plastica**, necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'Infortunio avvenuto nel periodo contrattuale.

26.3 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia RIMBORSO SPESE DI CURA

Massimali	I Massimali indicati (*), si intendono annuali e per singolo Assicurato:	
	▪ Opzione "Menù Fisso": € 2.500 ▪ Opzione "Copertura Personalizzata": Massimali liberamente selezionabili fra € 2.500, € 5.000, € 10.000, € 15.000. La Somma Assicurata pari a € 20.000 è acquistabile esclusivamente come Rischio Direzionale.	
	(*) in aggiunta al Massimale scelto dalla garanzia "Rimborso Spese di Cura" ed in funzione di quest'ultimo, di seguito si esplicita il Massimale dell'estensione "Danno Estetico" (da intendersi per anno e singolo Assicurato):	
	Massimale "RIMBORSO SPESE DI CURA"	Massimale "DANNO ESTETICO"
	€ 2.500	€ 1.250
	€ 5.000	€ 2.500
Limitazioni	• Se c'è stato Ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale: il rimborso per i trattamenti fisioterapici o rieducativi (effettuati nei 90 giorni successivi la cessazione del Ricovero o del Day Hospital, o l'intervento chirurgico ambulatoriale) viene riconosciuto fino al massimo del 30% della Somma Assicurata; • Se non c'è stato Ricovero, Day Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale: il rimborso non potrà comunque superare il 50% della Somma Assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della Somma Assicurata • Cure e protesi dentarie da infortunio: le spese vengono rimborsate con il limite del 30% della Somma assicurata.	
	Franchigie Se c'è stato Ricovero, Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: il rimborso viene effettuato a cure ultimate con deduzione della Franchigia di € 100 per ogni Sinistro.	
	Scoperti Se non c'è stato Ricovero, Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale: sul totale delle spese rimborsabili, il rimborso viene riconosciuto applicando uno Scoperto pari al 10% del danno indennizzabile, con il minimo di € 100.	

Sezione B – TUTELA LEGALE

Tutela Legale (TL)

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente una o più garanzie principali (IPI e/o DR)

Art 27. Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia assicura, in sede extragiudiziaria e giudiziaria, **nel limite del Massimale indicato in Polizza che deve intendersi per evento e anno assicurativo**, l'assistenza legale e i relativi oneri che non possono essere richiesti alla controparte, che si rendano necessari per la tutela degli interessi dell'Assicurato nei casi espressamente indicati in Polizza (**fatta eccezione per quanto esplicitamente escluso** per il quale si rimanda al capitolo "Cosa non è possibile assicurare").

Tali oneri sono quelli relativi a:

- Spese per l'intervento di un legale** incaricato per la gestione del caso assicurativo;
- Spese del legale di controparte** nei casi di soccombenza a seguito di esito negativo di causa civile;
- Spese di giustizia;**
- Spese per l'intervento di periti di parte, purché detta nomina sia stata concordata con la Compagnia, e quelli nominati dal giudice (C.T.U.);**
- Spese per transazioni relative a cause civili, purché detta soluzione sia stata autorizzata dalla Compagnia;**
- Il contributo unificato** (D.L. n. 28 del 11/03/2002), **se non ripetuto alla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;**
- Spese relative al tentativo obbligatorio di conciliazione** (D.Lgs. n° 28 del 04/03/2010);
- Spese riferite alla mediazione obbligatoria** (D.Lgs.28/2010 e successive integrazioni/modifiche), **se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettante agli organismi pubblici;**
- Redazione di denunce, querele, istanze all'autorità giudiziaria.**

27.1 Casi assicurati

La copertura è prevista **a seguito di Infortunio, garantito a termini di Polizza di cui alla sezione A) Infortuni, ed è riferita esclusivamente ai seguenti casi:**

- Sostenere l'esercizio di pretese al **risarcimento danni extracontrattuali a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi** che abbiano provocato l'Infortunio;
- Sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento **danni contrattuali e/o extracontrattuali subiti dall'Assicurato per Malpractice Medica**, in seguito a:
 - Ricovero ospedaliero** presso Istituti di Cura (pubblici/privati) incluso il Day Hospital;
 - Intervento chirurgico ospedaliero o ambulatoriale;**
 - Cure e assistenza medica.**

E' compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

27.2 Esclusioni: cosa non è assicurato

Ad integrazione anche di quanto indicato agli Artt. 20.2 e 20.3 (rispettivamente "Rischi professionali esclusi" ed "Rischi sportivi esclusi") della Sezione Infortuni, la garanzia Tutela legale non è inoltre valida:

- in materia fiscale ed amministrativa;**
- per fatti dolosi delle persone Assicurate;**
- per controversie contro la Compagnia;**
- per le spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista, in assenza di autorizzazione della Compagnia;**
- per le spese legali diverse da quelle previste nel D.Lgs 55/2014;**
- per le spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente dalla Compagnia.**

La Compagnia, inoltre, non si assume il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.

27.3 Insorgenza del caso assicurativo – Operatività

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano **insorti durante il periodo di validità della Polizza** e che siano stati denunciati alla Compagnia, nei modi e nei termini indicati nel capitolo "Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione" delle presenti condizioni di Assicurazione e **comunque non oltre 24 (ventiquattro) mesi dall'insorgenza del Sinistro (art. 2952 del Codice Civile).**

In particolare la garanzia viene prestata:

- durante il periodo di validità della Polizza**, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali;
- trascorso il periodo di Carenza**, in tutte le restanti ipotesi.

Ai fini della presente garanzia, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali: **il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;**
- per tutte le restanti ipotesi: **il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di Polizza.**
- in presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla **data della prima violazione.**

27.4 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia TUTELA LEGALE

Massimali	Unica opzione: € 10.000 (Il Massimale si intende annuale e per singolo Assicurato)
Limitazioni	CARENZA 3 (tre) mesi dalla decorrenza della Polizza (non applicabile per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali). DELIMITAZIONI E OPERATIVITA' La copertura opera con le seguenti delimitazioni: ✓ l'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo ed ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

	✓ Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di 2 (due) esiti negativi. ✓ E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio territorialmente competente. - VALIDITA' TERRITORIALE Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi l'Assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori. In tutte le altre ipotesi la garanzia vale: ✓ fino al Massimale annuo indicato in Polizza: per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati in Italia, Città Stato del Vaticano e Repubblica di San Marino; ✓ fino al Massimale di € 5.000, fermo il Massimale annuo di Polizza, per i casi assicurativi che dovessero insorgere nel resto dell'Europa, sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.
Franchigie	Non operanti
Scoperti	Non operanti

Sezione C – ASSISTENZA

Assistenza (AS)

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente una o più garanzie principali (IPI e/o DR)

Art 28. Oggetto dell'Assicurazione

Con la presente garanzia si intendono operanti le Prestazioni che seguono, **erogate in forma diretta, dovute ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza di cui alla sezione A) Infortuni.**

AVVERTENZA: l'Assicurato, per poter beneficiare delle Prestazioni, dovrà informare immediatamente del Sinistro la Centrale Operativa che autorizzerà preventivamente gli interventi o le spese. Si veda in tal senso l'Art.37 che segue.

1) Invio medico

Quando l'Assicurato, in caso Infortunio, necessita di una visita medica, la Compagnia provvede, previa valutazione da parte della guardia medica della Centrale Operativa, ad inviare un medico convenzionato. **In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Compagnia organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tale Prestazione viene erogata quando non sia reperibile il medico curante dell'Assicurato.**

2) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato, a seguito di Infortunio, si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da tale motivo di salute e nessuno può andare per lui, la Compagnia, dopo aver ritirato tramite la Centrale Operativa la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato od al medico da lui indicato. **Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'Assicurato.**

3) Invio medicinali urgenti a domicilio

Quando l'Assicurato, in caso di Infortunio, necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per tale motivo di salute, certificato dal suo medico, e nessuno può andare per lui, la Compagnia tramite la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. **A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.**

4) Informazioni sul reperimento di centri sanitari speciali

Tramite la guardia medica della Centrale Operativa, l'Assicurato, in caso di Infortunio, può ottenere informazioni sul reperimento di: case di riposo, ospedali per lunga

degenza, centri termali. La Centrale Operativa provvede altresì a comunicare all'Assicurato, la disponibilità di posti letto nelle suddette strutture fornendo eventualmente anche i relativi costi di degenza.

5) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici

In caso di Infortunio, la Compagnia, tramite la Centrale Operativa, **entro due giorni lavorativi** dal momento della richiesta, può organizzare, su richiesta dell'Assicurato, visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-strumentali richiesti. **I costi delle Prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.**

6) Consulti medici

Quando, in caso di Infortunio, è necessario valutare lo stato di salute dell'Assicurato per decidere quale sia l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa e tramite collegamento telefonico effettuato dalla sua guardia medica, è sempre a disposizione dell'Assicurato per fornire, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

7) Consulti telefonici tra specialisti

Quando, a seguito di Infortunio, le condizioni dell'Assicurato, valutate dal proprio medico specialista, richiedono un consulto fra specialisti, la Compagnia mette a disposizione dell'Assicurato la guardia medica della Centrale Operativa creando un contatto con lo specialista che ha in cura l'Assicurato e successivamente un ulteriore contatto telefonico con uno o più specialisti per la specifica patologia, **tenendo a proprio carico le parcelle di questi ultimi fino alla concorrenza del Massimale di € 260 per evento e per anno assicurativo.**

8) Consulenza medico sanitaria

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando, in seguito ad Infortunio, l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la guardia medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il

servizio è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

b) Consulenza sanitaria di alta specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio suscettibile di dover dar luogo ad interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Compagnia mette a disposizione la équipe medica della Centrale Operativa per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la guardia medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

9) Servizio di informazioni, consulenze e orientamenti nei confronti dell'accesso al Servizio Sanitario Pubblico

In caso di Infortunio la guardia medica della Centrale Operativa è in grado di dare informazioni e consulenze inerenti: strutture pubbliche della zona; diritti nei confronti delle A.S.L. e modalità per usufruirne; assistenza indiretta (se è necessario od opportuno un Ricovero all'estero, i nostri consulenti danno informazioni circa le pratiche per avere l'autorizzazione della A.S.L. competente o per far ottenere all'Assicurato il rimborso nei limiti consentiti dalla legge regionale); assistenza sanitaria all'estero con i relativi trattati di reciprocità; cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; medici specialisti, centri sanitari nazionali e internazionali; centri sanitari appropriati ed attrezzati per la cura della patologia sofferta.

10) Trasporto in ambulanza

Quando, a giudizio del medico curante ed in accordo con la guardia medica della Centrale Operativa, l'Assicurato, in caso di Infortunio, necessita di un trasporto in ambulanza, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, o effettua il rimborso delle spese sostenute dallo stesso **a fronte di autorizzazione preventiva della Centrale Operativa e presentazione di regolari giustificativi.**

La Compagnia terrà a proprio carico i costi fino ad un Massimale di € 360 per anno, con un massimo di € 130 per Sinistro.

11) Invio di infermiere o infermiera a domicilio

Quando l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un Ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio, necessita per tale motivo di assistenza infermieristica, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, provvede ad inviare un infermiere/a al domicilio dell'Assicurato, **tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di € 50 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi.**

12) Organizzazione per il reperimento dei luoghi di cura

Quando l'Assicurato, in seguito ad Infortunio, deve sottoporsi ad un intervento chirurgico, la Compagnia, per il tramite dei medici della Centrale Operativa previa

approfondita analisi del quadro clinico dell'Assicurato ed in accordo con il medico curante, non ritenendo effettuabile, per caratteristiche obiettive, l'intervento chirurgico, nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, individueranno e prenoteranno, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero. **L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico. I costi dell'intervento chirurgico sono interamente a carico dell'Assicurato.**

13) Trasferimento sanitario dal domicilio

Quando l'Assicurato, in seguito ad Infortunio, sia affetto da una patologia obiettivamente non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della regione italiana di residenza, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa e previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato effettuata dai propri medici d'intesa con il medico curante, e tenendo a proprio carico i relativi costi, organizza il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi adeguati fino al centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto. Il trasporto può essere effettuato con Aereo sanitario, Aereo di linea (anche barellato), Treno in prima classe o vagone letto e Ambulanza. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

La Prestazione viene fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, avendone giusta certificazione del direttore sanitario della struttura interessata.

14) Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera

Quando in seguito ad utilizzo della Prestazione "Trasferimento sanitario dal domicilio", l'Assicurato dimesso dopo Ricovero ospedaliero non è in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, organizza il suo rientro al domicilio, tenendo a proprio carico i relativi costi, con il mezzo ritenuto più idoneo dalla propria guardia medica.

Il trasporto può essere effettuato con: aereo di linea (anche barellato); treno in prima classe o vagone letto; ambulanza. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

28.1 Esclusioni: cosa non è assicurato

Ad integrazione anche di quanto indicato agli Artt. 20.2 e 20.3 (rispettivamente "Rischi professionali esclusi" ed "Rischi sportivi esclusi") della Sezione A) Infortuni, la garanzia Assistenza non è inoltre valida:

- per le Malattie;
- per l'espianto o il trapianto di organi non dovuti ad Infortunio indennizzabile.

28.2 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia ASSISTENZA

Massimali	La presente garanzia non offre scelta di opzioni di Massimali.
Limitazioni	Le Prestazioni della garanzia Assistenza sono fornite 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno con un massimo di tre volte per ciascun tipo di Prestazione , per Assicurato, entro il periodo di Durata dell'Assicurazione, fermo restando che l'importo globale degli Indennizzi corrisposti non potrà superare i Massimali complessivi previsti. Tutte le garanzie hanno efficacia in Italia. L'ASSICURATO, PER POTER BENEFICIARE DELLE PRESTAZIONI, DOVRÀ INFORMARE IMMEDIATAMENTE DEL SINISTRO LA CENTRALE OPERATIVA CHE AUTORIZZERÀ PREVENTIVAMENTE GLI INTERVENTI O LE SPESE.
Franchigie	Non operanti
Scoperti	Non operanti

Sezione D – MALATTIA

Invalidità Permanente da Malattia

Garanzia Opzionale selezionabile solo se presente IPI e con capitale IPM non superiore a IPI

Art 29. Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia corrisponde all'Assicurato un Indennizzo calcolato in percentuale della Somma Assicurata, definita in base alla Tabella di Liquidazione Invalidità Permanente da Malattia di cui all'Allegato 3, in caso di Malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, che ha per conseguenza una Invalidità Permanente manifestatasi **non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurazione, ferme le esclusioni specifiche, la Franchigia, le limitazioni ed il periodo di Carenza** e fatti salvi i requisiti per l'assicurabilità (di cui all'Art. 8).

Per le modalità ed i criteri di calcolo della liquidazione e per le esclusioni si rimanda rispettivamente agli specifici capitoli "Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione" e "Cosa non è possibile assicurare" delle presenti condizioni di Assicurazione.

29.1 Esclusioni: cosa non è assicurato

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia non è operante per le conseguenze dovute a:

- Infortunio;
- **stati invalidanti, Malattie, Malformazioni o Difetti Fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipula della Polizza, non dichiarati, con dolo o**

Colpa Grave, in fase assuntiva o nel Questionario Anamnestico che, unitamente alle dichiarazioni rilasciate in fase assuntiva, è parte integrante della presente Polizza;

- **cure dimagranti / dietetiche e interventi di carattere estetico;**
- **chirurgia plastica / stomatologica / ricostruttiva riferita ad eventi insorti anteriormente alla sottoscrizione della Polizza;**
- **Malattie tropicali;**
- **prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;**
- **cure e/o interventi chirurgici per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;**
- **a cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto.**

29.2 Massimali e limitazioni

Di seguito vengono indicati i Massimali e gli eventuali limiti di operatività:

TABELLA MASSIMALI E LIMITAZIONI - garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Massimali	Massimali selezionabili (annuali e per singolo Assicurato): da € 25.000 a € 300.000 (x multipli, a scelta di € 25.000)
Limitazioni	TERMINI DI ASPETTATIVA: La garanzia Invalidità Permanente da Malattia opera con un periodo di Carenza di 60 giorni. Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza stipulata con la Compagnia riguardante la medesima garanzia, i termini di Carenza di cui sopra operano: - dal giorno in cui aveva avuto effetto la Polizza sostituita, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultima previste; - dal giorno in cui ha effetto la nuova Polizza, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste. Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di Polizza, i termini di Carenza suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate. LIMITI DI INDENNIZZO La Somma Assicurata rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera Durata di Polizza. Pertanto, la somma degli importi indennizzati determinati da più Malattie, non potrà superare nell'arco dell'intera Durata contrattuale, la Somma Assicurata. Nel caso fosse corrisposto l'intera Somma Assicurata, la Copertura Assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'Assicurato che ne ha usufruito, cessa.
Franchigie	Nessun Indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente da Malattia accertata è di grado inferiore al 25% (vedasi Tabella dell'Allegato 3).
Scoperti	Non operanti

Cosa fare in caso di Sinistro e criteri di liquidazione

Sezione A – INFORTUNI

Art 30. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Infortuni

L'Assicurato deve dare avviso alla Compagnia, anche per il tramite di Wopta, dell'accadimento del Sinistro **entro 3 (tre) giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**. La denuncia del Sinistro deve essere inoltrata in forma scritta alla Compagnia, mediante lettera raccomandata A/R (o altri mezzi che ne consentano di comprovare la data di invio) ad uno dei seguenti recapiti:

Posta: Global Assistance Spa

Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano

E-Mail: servizio.liquidazioni@globalassistance.it

Fax: 02.43.33.50.20

L'Assicurato nella denuncia del Sinistro dovrà indicare:

- il numero di Polizza;
- proprie generalità, indirizzo e numero di telefono;
- la descrizione dettagliata dell'evento (incluso il luogo, il giorno, l'ora e modalità dell'Infortunio, il presunto responsabile), allegando il certificato medico in originale attestante l'Infortunio.

L'Assicurato deve inoltre:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria (tenendo a disposizione della Compagnia gli originali ed impegnandosi a fornirli su semplice richiesta), **a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato**;
- fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL);
- produrre gli originali di note, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente alla garanzia "Rimborso spese di cura";
- nel caso d'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'Indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata. In mancanza, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, **salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore**;
- l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia) o accertamento che questa ritenga necessaria, a tal fine **sciogliendo dal**

segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

Quando l'Infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, **deve esserne dato immediato avviso scritto alla Compagnia.**

In questo caso i Beneficiari designati o, in difetto, gli eredi legittimi, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un Ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i Beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del Sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Si precisa che **le spese relative ai certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta **sono a carico dell'Assicurato.**

Non saranno ammessi certificati rilasciati da medici, se diversi dal proprio medico di base, la cui specializzazione non sia coerente con l'Infortunio stesso.

Art 31. Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Art 32. Controversie: Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente da Infortunio, sul grado o durata dell'Inabilità temporanea, nonché in generale sui criteri di indennizzabilità e modalità di accertamento in caso di Sinistro, le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in corretto 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 rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

Relativamente alla garanzia di Invalidità Permanente, viene data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel quale caso il collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo.

Art 33. Rinuncia al diritto di Rivalsa

Salvo il caso di dolo, la Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti dei terzi eventualmente responsabili del Sinistro.

Art 34. Liquidazione in caso variazione dell'Attività Professionale in assenza di comunicazione

Se nel corso della Durata della Polizza si verifica un cambiamento dell'Attività Professionale rispetto a quanto dichiarato, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, **in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa Attività Professionale** l'Indennizzo sarà corrisposto come segue:

- integralmente, **se la nuova Attività Professionale non aggrava il Rischio;**
- **non verrà corrisposto alcun Indennizzo se il Sinistro, inerente la nuova professione, è tra i "Rischi professionali esclusi";**
- **in misura ridotta come stabilito nella Tabella delle percentuali di Indennizzo sotto riportata (differenziate in base alla forma di copertura operante in Polizza), se la diversa Attività Professionale aggrava il Rischio:**

		Classe di Rischio Attività DICHIARATA IN POLIZZA							
		1		2		3		4	
		P	P&E	P	P&E	P	P&E	P	P&E
Classe di Rischio Attività ACCERTATA AL SINISTRO	1	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	61	79	100	100	100	100	100	100
	3	37	58	60	73	100	100	100	100
	4	26	47	43	60	72	81	100	100

dove:

- con "P" si intende la forma di copertura "Professionale",
- con "P&E" si intende quella "Professionale ed Extraprofessionale"

A tal fine, per determinare il livello di Rischio dell'Attività Professionale dichiarata in Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si farà riferimento all'Allegato 1 "Tabella di classificazione delle attività professionali", in calce alle presenti condizioni di

Assicurazione, ove sono indicate anche le corrispondenti Classi di Rischio (colonna "Classe"). Per la classificazione di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Laddove l'Assicurato, coperto con la forma "Extraprofessionale", dovesse modificare la sua Attività Professionale in corso di Polizza senza che ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, e la stessa fosse diversa da una mansione di Lavoro dipendente, la Compagnia, nel solo caso di buona fede dell'Assicurato, liquiderà l'Indennizzo dovuto per l'Infortunio "extraprofessionale" applicando le stesse percentuali, riportate nella suindicata "Tabella delle percentuali di Indennizzo", attribuite al Rischio "Professionale ed Extraprofessionale" ("P&E"), ferma la modifica del Premio e della forma di copertura (da "Extraprofessionale" a "Professionale ed Extraprofessionale") al più tardi dall'annualità successiva.

Art 35. Condizioni specifiche per garanzia, da applicare in caso di Sinistro

35.1 Invalidità Permanente da Infortunio

Ai fini del calcolo dell'Indennizzo dovuto, verrà applicata alla Somma Assicurata, indicata in Polizza in corrispondenza della garanzia "Invalidità Permanente da Infortunio", la percentuale di Indennizzo corrispondente alla percentuale di Invalidità Permanente accertata, di cui alla forma e la percentuale di Franchigia scelta alla sottoscrizione (Allegato 2 - Tabelle di liquidazione Invalidità Permanente da Infortunio).

a) Modalità di accertamento e di Indennizzo

La percentuale di Invalidità Permanente accertata, viene individuata facendo riferimento ai valori di cui all'allegato n.1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL) e sue successive modifiche e/o integrazioni, ed è stabilito previa presentazione del certificato di guarigione, nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata e determinata in Italia (anche in presenza di Infortunio avvenuto all'estero)

La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del Sinistro **entro 90 (novanta) giorni** dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti

Di seguito i criteri stabiliti per la determinazione del grado di Invalidità Permanente nei seguenti casi particolari:

- **Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive** si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente **tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi;**
- **Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo**, le percentuali di Invalidità Permanente previste per il lato destro varranno per il lato Sinistro e viceversa;
- **Nel caso in cui l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto**, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente perdita totale dell'arto stesso;

- **La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti** comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%**;
- **In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente;**
- **Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**
- **Nei casi di Invalidità Permanente non specificata nella tabella INAIL**, il grado di Invalidità Permanente verrà stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

b) Diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'Infortunio

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato, prima che l'Indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, ricevuto il certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- **l'importo** già concordato oppure, in mancanza
- **l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta**
- **l'importo** oggettivamente determinabile dalla Compagnia in base alla valutazione della documentazione ricevuta in allegato alla denuncia di Sinistro, di cui al precedente Art. 30, tra cui, in ogni caso, il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un Ricovero.

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, **gli stessi dovranno fornire alla Compagnia la documentazione indicata al precedente Art. 30.**

Se ritenuta necessaria per la valutazione del Sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; **a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.**

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del Sinistro **entro 90 (novanta) giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

35.2 Morte da Infortunio

a) Morte presunta

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente ad infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi **6 mesi** dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta a termini degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo il pagamento dell'Indennizzo, dovesse risultare che l'Assicurato è vivo o che l'Infortunio non è indennizzabile, **la Compagnia 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.

b) Cumulo degli Indennizzi

L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per l'Invalidità Permanente. Pertanto se dopo il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente, e in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponderà ai Beneficiari dell'Assicurato esclusivamente la differenza tra l'Indennizzo pagato e la Somma Assicurata per il caso morte, qualora quest'ultima fosse superiore.

35.3 Diaria da Ricovero o Gessatura da Infortunio

La Compagnia, provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, successivamente alla dimissione ospedaliera, entro **30** giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta attestante l'avvenuto Ricovero (inclusa la copia della cartella clinica).

Se l'Infortunio comporta sia il Ricovero che la Gessatura (o immobilizzo), la tempistica di cui sopra verrà applicata a partire dal ricevimento di tutta la documentazione idonea richiesta e non prima della rimozione della gessatura o a termine del periodo di inabilità certificato in caso di immobilizzo.

In caso di Gessatura, la Compagnia provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato dell'Istituto di Cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della Gessatura stessa.

In caso di immobilizzo per frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura della costola è necessario presentare in ogni caso le radiografie e i referti con l'indicazione della prognosi circa il periodo di immobilizzo.

La diaria da Gessatura (o immobilizzo) non è cumulabile con la diaria da Convalescenza.

35.4 Diaria da Convalescenza da Infortunio

La Compagnia corrisponde la diaria giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo pari al doppio di quello di durata del Ricovero e comunque per un numero massimo di 30 giorni per infortunio.**

In nessun caso la Compagnia potrà liquidare, nell'arco della stessa annualità assicurativa, diarie superiori a 180 giorni per ogni Assicurato.

La Compagnia provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato **su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato.**

Il pagamento avviene al termine della Convalescenza prevista ed entro **30** giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

La diaria da Convalescenza non è cumulabile con la diaria da Gessatura avvenuta post Ricovero.

35.5 Inabilità Temporanea da Infortunio

a) Criteri di liquidazione

Ad integrazione di quanto convenuto all'Art. 30, la Compagnia liquida l'importo dell'Indennizzo giornaliero a guarigione clinica ultimata e attestata da documentazione

medica ed entro **30** giorni dal ricevimento di tutta la documentazione richiesta, adottando i seguenti criteri:

- Il **periodo** di Inabilità Temporanea decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'Infortunio **regolarmente denunciato e cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno di Inabilità Temporanea**;
- **viene detratta una Franchigia fissa ed assoluta, espressa in giorni ed indicata in Polizza, dal complessivo periodo di accertata e documentata Inabilità Temporanea**;
- **si conviene che, previa detrazione della Franchigia prevista, i giorni totali di accertata e documentata Inabilità Temporanea vengono considerati convenzionalmente nella misura del 60% come Inabilità Temporanea Totale e nella misura del 40% come Inabilità Temporanea Parziale**;
- **l'importo dell'Indennizzo giornaliero viene corrisposto:**
 - **al 100%**, durante il periodo conteggiato di Inabilità Temporanea **Totale**;
 - **al 50%**, durante il periodo conteggiato di **Inabilità Temporanea Parziale**.

35.6 Rimborso Spese di Cura da Infortunio

Il rimborso viene effettuato **a cure ultimate con deduzione della Franchigia o Scoperto prevista per Sinistro e, in riferimento al Danno estetico al viso, entro i limiti di Massimali indicati nella tabella delle limitazioni (Art. 26.3).**

Il rimborso viene effettuato dalla Compagnia **a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi** (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'Istituto di Cura nel quale ha avuto luogo il Ricovero e simili) ed **entro 30 giorni** dalla consegna degli stessi.

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Compagnia, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

La Compagnia si riserva di richiedere gli originali laddove ritenuto necessario e si impegna altresì a restituirli alla definizione del Sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente Polizza dietro dimostrazione delle spese sostenute, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

Sezione B – TUTELA LEGALE

Art 36. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Tutela Legale

L'Assicurato, deve denunciare qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza prima di prendere qualsiasi iniziativa. In ogni caso deve fare pervenire alla Compagnia, anche per il tramite di Wopta, la denuncia del Sinistro corredata di tutte le informazioni complete e veritiere sui fatti, indicando i mezzi di prova, e procurando i documenti necessari, ad uno dei seguenti recapiti:

**Posta: Global Assistance Spa
Servizio Sinistri Tutela Legale
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano**

E-Mail: areatutelalegale@globalassistance.it

Fax: 02.43.33.50.20

Alla denuncia del Sinistro va allegata:

- una esaustiva descrizione dell'accaduto,
- tutta la documentazione di cui si è in possesso.

36.1 Gestione del caso assicurativo

Premesso che:

- l'Assicurato, per la gestione della fase stragiudiziale, verrà assistito dalla Compagnia o da un legale da quest'ultima nominato per addivenire ad un bonario componimento della vertenza;
- ove ciò non riesca e vi sia una possibilità di successo l'Assicurato può scegliere liberamente il legale, iscritto presso il foro ove ha sede l'ufficio giudiziario competente per la controversia cui affidare la tutela dei propri interessi;
- se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, verrà invitato dalla Compagnia a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, la Compagnia nominerà direttamente il legale al quale l'Assicurato dovrà conferire mandato.

Si conviene che:

- a) la garanzia assicurativa della presente Sezione, viene prestata anche per ogni grado superiore di giudizio, **se l'impugnazione presenta possibilità di successo**, e fino ad esaurimento del Massimale;
- b) l'Assicurato **non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarla che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione della Compagnia**;
- c) l'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte e/o di ufficio **viene concordata con la Compagnia, la quale non è responsabile dell'operato di legali, consulenti tecnici e periti.**
- d) L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo ed ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Compagnia, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle Parti **contribuisce** alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'Arbitrato.

La Compagnia avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

36.2 Recupero delle somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece alla Compagnia, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Sezione C – ASSISTENZA

Art 37. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di assistenza **l'Assicurato**

dovrà attivare la Centrale Operativa, contattandola preventivamente ai seguenti numeri telefonici attivi 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. **Per chiamate:**

dall'Italia: 800 295 122

dall'Estero: Tel. +39 011 74.25.601

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente i nuovi riferimenti telefonici in caso di modifiche.

Al fine di ottenere un tempestivo intervento, si dovranno comunicare, oltre alle proprie generalità, i seguenti ulteriori dati:

- numero di Polizza;
- prestazione richiesta;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti.

L'inadempimento dell'obbligo sopra indicato comporta la decadenza dal diritto alla prestazione di assistenza o alla garanzia.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire Indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Sezione D – MALATTIA

Art 38. Denuncia e obblighi in caso di Sinistro Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurato o altra persona in sua vece **deve denunciare la Malattia entro 10 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.**

La denuncia, corredata dal certificato medico sulla natura della Malattia, deve essere inviata ai seguenti recapiti della Compagnia:

Posta: Global Assistance Spa - Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano

E-Mail: servizio.liquidazioni@globalassistance.it

Fax: 02.43.33.50.20

L'Assicurato deve fornire inoltre ogni ulteriore documentazione utile e collaborare con la Compagnia con la necessaria diligenza e buona fede al fine di favorire le opportune indagini ed i necessari accertamenti.

A tal fine **l'Assicurato deve inviare periodicamente** alla Compagnia le informazioni relative al decorso della Malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali Ricoveri e ogni altro documento a sua disposizione atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti e, su richiesta della Compagnia, **deve inoltre:**

- **sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente;**
- **fornire alla Compagnia, in caso di guarigione clinica della Malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;**
- **nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Compagnia di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità ed i criteri riportati nel successivo Art. 38.1.**

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

L'accertamento dei postumi di Invalidità Permanente **deve essere effettuato in Italia.**

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

38.1 Criteri di valutazione - Accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia (Adozione tabella INAIL)

La percentuale di Invalidità Permanente **viene accertata e determinata in Italia, con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL)** e sue successive modifiche e/o integrazioni.

In particolare:

- **nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di Invalidità Permanente è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è in via definitiva, diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.**
- **Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti.**
- **In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente.**
- **La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di Invalidità Permanente pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.**

Il grado di Invalidità Permanente viene valutato nel periodo compreso tra i 6 mesi ed entro i 18 mesi decorrenti dalla data di denuncia della Malattia.

Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di Malattia.

Trascorsi i 6 mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 mesi, la Compagnia s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 mesi, la Compagnia non effettuerà alcuna valutazione del grado di Invalidità Permanente.

Decorsi i 18 mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della Malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Compagnia effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 mesi.

L'accertamento dell'Invalidità Permanente può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 del Codice Civile).

Le Invalidità Permanenti da Malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

38.2 Criteri di indennizzabilità - Franchigia

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo spettante per le conseguenze dirette ed esclusive della singola Malattia denunciata. Pertanto, qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da Malattie/Invalidità Permanenti coesistenti

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di un ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia nel caso in cui rappresentino Malattia / Invalidità concorrenti. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità Permanente sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità Permanente andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Nessun Indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata è di grado inferiore al 25%.

La liquidazione dell'Indennizzo viene effettuata, sulla Somma Assicurata, **in base alle percentuali di Franchigie riportate nella Tabella di liquidazione allegata al presente Polizza** (vedasi Allegato n.3)

38.3 Criteri di liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

La Compagnia, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'Indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'Assicurato decede, per cause diverse dalla Malattia denunciata, e dopo che la Compagnia abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche, ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'Indennizzo in favore dell'Assicurato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla Malattia denunciata e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Compagnia liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dai precedenti Artt. 38.1 e 38.2, **ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:**

- la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione od equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di

invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un Ricovero;

- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla Malattia generante lo stato di Invalidità Permanente (es. decesso dell'Assicurato a causa di incidente stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del Sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Compagnia, gli eredi o aventi causa **dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Compagnia e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; **a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.**

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Compagnia:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del Sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del Sinistro entro **90 giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

38.4 Valutazione del danno - ricorso all'Arbitrato

La valutazione del danno è concordata direttamente dalla Compagnia, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulla misura dell'Indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'Indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di Assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il collegio dei medici.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la 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 fin d'ora 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 nel verbale stesso.

Allegato 1 - TABELLA DI CLASSIFICAZIONE - ATTIVITA' PROFESSIONALI

Con "N.A." si intende una professione non assicurabile con il presente Polizza

Con "S.E." si intende una professione assicurabile solo con copertura Extra-Professionale

Con "A" Tipo professione Autonomo; "D" Tipo professione Dipendente; "NL" tipo professione Non Lavoratore.

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Addetto di campeggio	1	x	x	
Addetto di sale bocce / biliardo / bowling	1	x	x	
Addetto in birrerie, paninoteche	2	x	x	
Addetto pulizie in hotel/Alberghi	2	x	x	
Addetto rivendita Gas in bombole, Olio Combustibile	3	x	x	
Addetto stampa / pubblicità	2	x	x	
Addetto/operatore di Laboratorio (senza uso e/o contatto con sostanze radioattive/nucleari o pericolose in genere)	2	x	x	
Addetto/operatore stazioni di Lavaggio	3	x	x	
Agente di Cambio	1	x	x	
Agronomo	2	x	x	
Allevatore	3	x	x	
Amministratore Delegato, Direttore	1	x	x	
Amministratore di Stabili	2	x	x	
Antiquari, con restauro mobili e/o uso impalcature	4	x	x	
Antiquari, senza restauro	2	x	x	
Apicoltore	3	x	x	
Apprendista (mansioni di ufficio)	1	x	x	
Architetto (con accesso a cantieri)	2	x	x	
Architetto (senza accesso ai cantieri)	1	x	x	
Artificiere/Addetto alla fabbricazione di esplosivi	S.E.		x	
Artigiano generico (non in elenco)	3	x	x	
Artista	2	x	x	
Attuario	1	x	x	
Ausiliario	2	x	x	
Autista	3	x	x	
Autista di furgoni con carico e scarico	4	x	x	
Autotrasportatore (escluso trasporto merci esplosive e pericolose)	4	x	x	
Autotrasportatore (incluso trasporto merci esplosive e pericolose)	4	x	x	
Avvocato	1	x	x	
Ballerino	S.E.		x	
Barbiere	1	x	x	
Barista	2	x	x	
Benestante	1			x

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Biologo (senza uso e/o contatto con sostanze radioattive/nucleari o pericolose in genere e con esclusione trattamento sangue, organi ed emoderivati)	2	x	x	
Calzolaio	3	x	x	
Cancelliere	1	x	x	
Carpentiere	4	x	x	
Carrozziere/Garagista	3	x	x	
Cartolaio	2	x	x	
Casalinga/o	2			x
Casaro	2	x	x	
Cavatori con uso di esplosivi e lavoro manuale	S.E.		x	
Ceramista	3	x	x	
Chimico (senza uso e/o contatto con sostanze radioattive/nucleari o pericolose in genere)	2	x	x	
Collaboratore familiare	2	x	x	
Coltivatore	4	x	x	
Commercialista	1	x	x	
Commerciante al dettaglio/ingrosso (altri prodotti non in elenco)	2	x	x	
Commerciante Ambulante	3	x	x	
Commerciante di Abbigliamento e Accessori	2	x	x	
Commerciante di Arredamento e Articoli per la casa	2	x	x	
Commerciante di Articoli Fotografici	2	x	x	
Commerciante di Articoli Regalo	2	x	x	
Commerciante di Articoli Sportivi	2	x	x	
Commerciante di Calzature	2	x	x	
Commerciante di Elettrodomestici	2	x	x	
Commerciante di Giocattoli e hobbistica	2	x	x	
Commerciante di Legname	4	x	x	
Commerciante di Materiale Elettrico	2	x	x	
Commerciante di Materiali di costruzione	2	x	x	
Commerciante di Musica e Strumenti Musicali	1	x	x	
Commerciante di Passamanerie	1	x	x	
Commerciante di Teleria	2	x	x	
Commerciante di Valigerie, Articoli in pelle	1	x	x	
Commerciante Frutta e verdura	2	x	x	

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Commerciante generico (non in elenco)	2	x	x	
Commerciante in Colorificio	2	x	x	
Commerciante in Ferramenta	2	x	x	
Commerciante per corrispondenza e catalogo	2	x	x	
Commerciante/Agente di Commercio (con uso di veicoli o macchinari)	3	x	x	
Commerciante/Agente di Commercio (senza uso di veicoli o macchinari)	2	x	x	
Commesso/Garzone/Cameriere	2	x	x	
Concessionario, Rivenditore	2	x	x	
Conciatore	3	x	x	
Consulente d'Azienda	1	x	x	
Consulente del Lavoro	1	x	x	
Controfigura	S.E.		x	
Cuoco	3	x	x	
Custode	2	x	x	
Dentista, Odontotecnico	2	x	x	
Dirigente/funziionario (con accesso agli ambienti produttivi/cantieri)	2		x	
Dirigente/funziionario (occupato solo in ufficio)	1		x	
Droghiere	2	x	x	
Ecclesiastico (senza attività missionaria, infermieristica o paramedica)	1		x	
Edicolante	2	x	x	
Elettrauto	3	x	x	
Elettricista (a contatto con correnti a bassa tensione)	3	x	x	
Elettricista (a contatto con correnti ad alta tensione)	4	x	x	
Erborista	1	x	x	
Fabbro	4	x	x	
Falegname	4	x	x	
Farmacista	1	x	x	
Fioraio	2	x	x	
Fisioterapista e professioni assimilabili/massaggiatore/estetista	2	x	x	
Fisioterapista/massaggiatore/estetista	2	x	x	
Forze dell'ordine	S.E.		x	
Fotografo (anche all'esterno)	2	x	x	
Fotografo (solo in studio)	1	x	x	
Frutticultore	3	x	x	
Gastronomia/rosticceria	2	x	x	
Gelataio	2	x	x	
Geologo	2	x	x	
Geometra (con accesso a cantieri)	2	x	x	

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Geometra (senza accesso ai cantieri)	1	x	x	
Giardiniere	3	x	x	
Gioielliere, orologiaio	2	x	x	
Giornalista (cronista, corrispondente) - no inviato di guerra	2	x	x	
Giornalista (occupato solo in studio)	1	x	x	
Grafico	1	x	x	
Guardia giurata, notturna, portavalori	S.E.		x	
Guardie armate	S.E.		x	
Guardie del corpo e Buttafuori	S.E.		x	
Guida alpina	N.A.	x	x	
Guida turistica	2	x	x	
Idraulico (con lavori in quota/impalcatura)	4	x	x	
Idraulico (no lavori in quota/impalcatura)	3	x	x	
Imbianchino (con accesso a ponti/impalcature)	4	x	x	
Imbianchino (senza accesso a ponti/impalcature)	3	x	x	
Impiegato/quadro	1		x	
Imprenditore edile (che non prende parte a lavori manuali)	3	x		
Imprenditore edile (che prende parte a lavori manuali)	4	x		
Imprenditore non edile (che non prende parte a lavori manuali)	1	x		
Imprenditore non edile (che prende parte a lavori manuali)	3	x		
Informatico	1	x	x	
Ingegnere (con accesso ai cantieri)	2	x	x	
Ingegnere (senza accesso ai cantieri)	1	x	x	
Insegnante di ballo, sci, tennis, scherma, atletica leggera	2	x	x	
Insegnante di educazione fisica	2	x	x	
Insegnante di scuole e docenti universitari	1	x	x	
Insegnanti di alpinismo, guide alpine	N.A.	x	x	
Insegnanti di judo, karatè, od altri simili, insegnanti di atletica pesante ed arti marziali	4	x	x	
Intermediario Immobiliare, finanziario e assicurativo	1	x	x	
Investigatore	S.E.		x	
Lattaio	1	x	x	
Lavoratore al frantoio	3	x	x	
Lavoro generico (con lavoro manuale) non in elenco	3	x	x	

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Lavoro generico (con uso macchinari) non in elenco	3	x	x	
Lavoro generico (senza lavoro manuale) non in elenco	2	x	x	
Lavoro generico (senza uso macchinari) non in elenco	2	x	x	
Libraio	1	x	x	
Macellaio (esclusa macellazione)	3	x	x	
Magistrato	2	x	x	
Maschera (di sala cinematografica)	1	x	x	
Meccanico	3	x	x	
Mediatore	2	x	x	
Medico generico/specialista	1	x	x	
Medico generico/specialista (con attività di sala operatoria)	2	x	x	
Merciaio (lavoratore in merceria)	1	x	x	
Militare	S.E.		x	
Minatore/Cavatore con uso di esplosivi e lavoro manuale	S.E.		x	
Mobiliere	2	x	x	
Muratore	4	x	x	
Noleggiatore (non veicoli)	2	x	x	
Noleggiatore Veicoli	2	x	x	
Notaio	1	x	x	
Nullafacente/Disoccupato	4			x
Operaio (con uso di macchine con accesso a cantieri)	4		x	
Operaio (con uso di macchine senza accesso a cantieri)	4		x	
Operatore dello spettacolo (musicista, attore, presentatore)	2	x	x	
Operatore in stazione di Servizio, Benzinaio	3	x	x	
Orafo	3	x	x	
Ortolano	2	x	x	
Oste	2	x	x	
Ottico	1	x	x	
Palombaro/Sommozzatore	S.E.		x	
Panettiere	2	x	x	
Paramedico /Infermiere	2	x	x	
Pastaio/Fornaio/Panettiere (con uso di forno e macchinari)	2	x	x	
Pasticciere	2	x	x	
Pastore	3	x	x	
Pellicciaio	2	x	x	
Pensionato	3			x
Perito commerciale	2	x	x	

Lista delle professioni	CLASSE	A	D	NL
Perito elettronico, industriale, tessile, agrario, calligrafo, assicurativo	2	x	x	
Pescatore	4	x	x	
Piloti e Assistenti di Volo in servizio attivo	S.E.		x	
Politico	2	x	x	
Poliziotto	S.E.		x	
Procuratore Legale	1	x	x	
Professore universitario	1	x	x	
Radiologo	4	x	x	
Ragioniere	1	x	x	
Restauratore (con uso di ponti e impalcature)	4	x	x	
Restauratore (senza uso di ponti e impalcature)	2	x	x	
Restauratore e pittore con uso di ponti e impalcature	4	x	x	
Riparatore materiale elettrico ed elettronico	3	x	x	
Riparatore Orologi e Gioielli	2	x	x	
Ristoratore	2	x	x	
Salumiere	3	x	x	
Scrittore	1	x	x	
Servizi alla Persona	2	x	x	
Servizi Vari	2	x	x	
Speleologo	N.A.	x	x	
Sportivo Professionista	N.A.	x	x	
Studente	2			x
Studente di scuole tecniche/professionali	2			x
Stunt-men/Acrobat/Operatori su corda dell'edilizia acrobatica	S.E.		x	
Tabaccaio	2	x	x	
Tapparellista	4	x	x	
Tappezziere	3	x	x	
Taxista/Autista	3	x	x	
Tintore	3	x	x	
Tipografo	3	x	x	
Venditore Porta a Porta	3	x	x	
Veterinario	3	x	x	
Vetraio	3	x	x	
Vigili del Fuoco	S.E.		x	
Vigili Urbani	S.E.		x	
Viticultore	3	x	x	
Altre non incluse in elenco	N.A.			

Allegato 2 - TABELLE DI LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nelle seguenti Tabelle, secondo il tipo di Franchigia scelta:

TABELLA 1) Franchigia Assorbibile con Supervalutazione

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata	
	Franchigia 5% assorbibile	Franchigia 10% assorbibile
1%	0%	0%
2%	0%	0%
3%	0%	0%
4%	0%	0%
5%	0%	0%
6%	2%	0%
7%	3%	0%
8%	4%	0%
9%	5%	0%
10%	6%	0%
11%	8%	2%
12%	9%	4%
13%	10%	6%
14%	11%	8%
15%	12%	10%
16%	14%	12%
17%	15%	14%
18%	16%	16%
19%	18%	18%
20%	20%	20%
21%	21%	21%
22%	22%	22%
23%	23%	23%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata	
	Franchigia 5% assorbibile	Franchigia 10% assorbibile
24%	24%	24%
25%	25%	25%
26%	26%	26%
27%	27%	27%
28%	28%	28%
29%	29%	29%
30%	30%	30%
31%	31%	31%
32%	32%	32%
33%	33%	33%
34%	34%	34%
35%	35%	35%
36%	36%	36%
37%	37%	37%
38%	38%	38%
39%	39%	39%
40%	40%	40%
41%	42%	42%
42%	44%	44%
43%	46%	46%
44%	48%	48%
45%	50%	50%
46%	52%	52%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata	
	Franchigia 5% assorbibile	Franchigia 10% assorbibile
47%	54%	54%
48%	56%	56%
49%	58%	58%
50%	60%	60%
51%	63%	63%
52%	66%	66%
53%	69%	69%
54%	72%	72%
55%	75%	75%
56%	80%	80%
57%	83%	83%
58%	86%	86%
59%	89%	89%
60%	91%	91%
61%	93%	93%
62%	95%	95%
63%	97%	97%
64%	99%	99%
65% e oltre	100%	100%

TABELLA 2) Franchigia Assoluta

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata		
	Franchigia 3% assoluta	Franchigia 5% assoluta	Franchigia 10% assoluta
1%	0%	0%	0%
2%	0%	0%	0%
3%	0%	0%	0%
4%	1%	0%	0%
5%	2%	0%	0%
6%	3%	1%	0%
7%	4%	2%	0%
8%	5%	3%	0%
9%	6%	4%	0%
10%	7%	5%	0%
11%	11%	6%	1%
12%	12%	7%	2%
13%	13%	8%	3%
14%	14%	9%	4%
15%	15%	10%	5%
16%	16%	11%	6%
17%	17%	12%	7%
18%	18%	13%	8%
19%	19%	14%	9%
20%	20%	15%	10%
21%	21%	21%	11%
22%	22%	22%	12%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata		
	Franchigia 3% assoluta	Franchigia 5% assoluta	Franchigia 10% assoluta
23%	23%	23%	13%
24%	24%	24%	14%
25%	25%	25%	15%
26%	26%	26%	16%
27%	27%	27%	17%
28%	28%	28%	18%
29%	29%	29%	19%
30%	30%	30%	20%
31%	31%	31%	31%
32%	32%	32%	32%
33%	33%	33%	33%
34%	34%	34%	34%
35%	35%	35%	35%
36%	36%	36%	36%
37%	37%	37%	37%
38%	38%	38%	38%
39%	39%	39%	39%
40%	40%	40%	40%
41%	41%	41%	41%
42%	42%	42%	42%
43%	43%	43%	43%
44%	44%	44%	44%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata		
	Franchigia 3% assoluta	Franchigia 5% assoluta	Franchigia 10% assoluta
45%	45%	45%	45%
46%	46%	46%	46%
47%	47%	47%	47%
48%	48%	48%	48%
49%	49%	49%	49%
50%	50%	50%	50%
51%	51%	51%	51%
52%	52%	52%	52%
53%	53%	53%	53%
54%	54%	54%	54%
55%	55%	55%	55%
56%	56%	56%	56%
57%	57%	57%	57%
58%	58%	58%	58%
59%	59%	59%	59%
60%	60%	60%	60%
61%	61%	61%	61%
62%	62%	62%	62%
63%	63%	63%	63%
64%	64%	64%	64%
65% e oltre	100%	100%	100%

Allegato 3 – Tabella di Liquidazione Invalidità Permanente da Malattia

La liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata
Fino al 24%	0%
25%	3%
26%	4%
27%	6%
28%	8%
29%	10%
30%	12%
31%	14%
32%	16%
33%	18%
34%	20%
35%	22%
36%	24%
37%	26%
38%	28%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata
39%	29%
40%	30%
41%	32%
42%	34%
43%	36%
44%	38%
45%	40%
46%	42%
47%	44%
48%	46%
49%	48%
50%	50%
51%	53%
52%	56%
53%	59%

% di IP Accertata	% da liquidare sulla Somma Assicurata
54%	62%
55%	65%
56%	68%
57%	71%
58%	74%
59%	77%
60%	80%
61%	83%
62%	86%
63%	89%
64%	92%
65%	95%
66% e oltre	100%

Articoli di legge riportati nella Polizza

Testo articoli del Codice Civile richiamati nella Polizza.

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

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

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

Art. 1897 – Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla

comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese

Art. 1898 – Aggravamento del Rischio

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

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

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 – Mancato pagamento del Premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 – Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato

deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 del codice civile, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale

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

Art. 1913 – Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il sinistro o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

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

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, [dagli affiliati], dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

Esempi di applicazione di Franchigie, Scoperti e Massimali

La Polizza prevede l'applicazione di **Franchigie** e/o **Scoperti** per la liquidazione del danno e l'indicazione di **Massimali** entro cui la Compagnia si presta a liquidare le garanzie delle singole Sezioni.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'applicazione di Scoperti, Franchigie e Massimali, si riportano di seguito alcune esemplificazioni numeriche:

Invalidità Permanente da Infortunio – esempio di Indennizzo:

Esempio 1) Franchigia 5% Assorbibile con Supervalutazione	Esempio 2) Franchigia 3% Assoluta
Massimale: € 150.000	Massimale: € 150.000
Grado di IP accertato: 13%	Grado di IP accertato: 25%
% Indennizzo corrispondente, come da tabella 1): 10%	% Indennizzo corrispondente, come da tabella 2): 25%
Indennizzo liquidabile: $(10\%)*150.000 =$ € 15.000	Indennizzo liquidabile: $25\%*150.000 =$ € 37.500

Rimborso Spese di Cura - esempio di applicazione di Massimale, Scoperto e Franchigia

Esempio 1)	Esempio 2)
Spesa per un accertamento diagnostico in presenza di Ricovero: € 1.000	Spesa per un accertamento diagnostico in assenza di Ricovero: € 400
Massimale: € 2.500	Massimale: € 2.500
Rimborso: € 1.000 - € 100 = € 900	Scoperto: 10% con minimo 100 €
	Importo di Scoperto: $(400€*10\%) =$ € 40 inferiore al minimo quindi applicato € 100
	Rimborso: € 400 - € 100 = € 300

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni, particolari e dei dati relativi a condanne penali e reati.

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

Il "dato personale" è "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato")". Ai fini della presente Informativa il Titolare tratta i seguenti dati personali: nome, cognome, indirizzo, e-mail, numero telefonico, codice fiscale o P. IVA dell'interessato e dei soggetti da lui indicati per la copertura assicurativa. Oltre alle categorie di dati indicati potranno anche essere trattati, previo consenso espresso dell'interessato, anche per conto degli altri soggetti inclusi nella copertura assicurativa, dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR (dati sanitari) e dati relativi a condanne penali e reati di cui all'art. 10 del GDPR.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;
- Perfezionare le offerte contrattuali sulla base dell'analisi della domanda di mercato e delle caratteristiche degli assicurati e dei soggetti interessati alla stipula di prodotti assicurativi, elaborando tali informazioni anche in combinazione con informazioni provenienti da banche dati pubbliche.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi degli artt. 9 e 10 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento in formato sia cartaceo che elettronico.

4. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile);
- b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;
- c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali in relazione alle finalità di trattamento a), b), c), d) ed e) di cui al punto 2 della presente informativa comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

Il mancato consenso al trattamento dei dati sanitari comporterà l'impossibilità di includere la copertura del rischio infortuni all'interno del contratto e il mancato consenso al trattamento dei dati relativi a condanne penali o reati comporterà l'impossibilità di includere la copertura della Tutela Legale all'interno del contratto.

5. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

6. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- a) A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- b) A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- c) A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare;
- d) A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscriva specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo, tra cui espressamente la società Munich Re.

7. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 2 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

8. DIFFUSIONE

I dati personali di cui alla presente informativa non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- a) Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- b) Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- c) Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- d) Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati contrattuali e prezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

11. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare dei trattamenti per le finalità indicate al punto 2 della presente informativa è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. (Global)

Piazza Armando Diaz n. 6

20123 – Milano

E-mail: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Fax: 02/43335020

Limitatamente alle finalità di cui alle lettere b) e f) del punto 2 della presente informativa è titolare del trattamento anche:

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft (Munich Re)

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Pola, 9

20124 - Milano

E-mail: mritalia@munichre.com

PEC: munchenerruck@legalmail.it

12. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail, una PEC, un fax o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

È possibile contattare direttamente il Responsabile della Protezione dei Dati– RPD o Data Protection Officer – DPO di Global al seguente indirizzo e-mail: info@lxt.it.

È possibile contattare direttamente il Responsabile della Protezione dei Dati– RPD o Data Protection Officer – DPO di Munich Re al seguente indirizzo e-mail: datenschutz@munichre.com.

ALLEGATO 3 - INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione, di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo sul proprio sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto o di qualsiasi operazione avente ad oggetto un prodotto di investimento assicurativo il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.

SEZIONE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

DATI DELLA PERSONA FISICA CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE

LOMAZZI MICHELE iscritto alla Sezione A del RUI con numero A000703480 in data 02.03.2022

QUALIFICA

Responsabile dell'attività di intermediazione assicurativa di Wopta Assicurazioni Srl, Società iscritta alla Sezione A del RUI con numero A000701923 in data 14.02.2022

SEDE LEGALE

Galleria del Corso, 1 – 20122 MILANO (MI)

RECAPITI TELEFONICI

02.91.24.03.46

PEC

woptaassicurazioni@legalmail.it

E-MAIL

info@wopta.it

SITO INTERNET

wopta.it

AUTORITÀ COMPETENTE ALLA VIGILANZA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'Intermediario e dei soggetti che operano per lo stesso possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it)

SEZIONE II - Informazioni sull'attività svolta dall'intermediario assicurativo

La Wopta Assicurazioni Srl comunica di aver messo a disposizione nei propri locali l'elenco degli obblighi di comportamento cui adempie, come indicati nell'allegato 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018.

Si comunica che nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza il contraente riceve l'elenco degli obblighi.

SEZIONE III - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

Wopta Assicurazioni Srl ed i soggetti che operano per la stessa non sono detentori di una partecipazione, diretta o indiretta, pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcuna Impresa di assicurazione.

Le Imprese di assicurazione o Imprese controllanti un'Impresa di assicurazione non sono detentrici di una partecipazione, diretta o indiretta, pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'Intermediario.

SEZIONE IV - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

L'attività di distribuzione è garantita da un contratto di assicurazione della responsabilità civile che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario, via posta all'indirizzo di sede legale o a mezzo mail alla PEC sopra indicati, oppure all'Impresa secondo le modalità e presso i recapiti indicati nel DIP aggiuntivo nella relativa sezione, nonché la possibilità, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario o dell'impresa entro il termine di legge, di rivolgersi all'IVASS secondo quanto indicato nei DIP aggiuntivi.

Il contraente ha la facoltà di avvalersi di altri eventuali sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente nonché quelli indicati nei DIP aggiuntivi.

ALLEGATO 4 - INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON IBIP

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

DATI DELLA PERSONA FISICA CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE

LOMAZZI MICHELE iscritto alla Sezione A del RUI con numero A000703480 in data 02.03.2022

QUALIFICA

Responsabile dell'attività di intermediazione assicurativa di Wopta Assicurazioni Srl, Società iscritta alla Sezione A del RUI con numero A000701923 in data 14.02.2022

SEDE LEGALE

Galleria del Corso, 1 – 20122 MILANO (MI)

RECAPITI TELEFONICI

02.91.24.03.46

PEC

woptaassicurazioni@legalmail.it

E-MAIL

info@wopta.it

SITO INTERNET

wopta.it

AUTORITÀ COMPETENTE ALLA VIGILANZA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

SEZIONE I - Informazioni sul modello di distribuzione

Secondo quanto indicato nel modulo di proposta/polizza e documentazione precontrattuale ricevuta, la distribuzione relativamente a questa proposta/contratto è:

- svolta per conto di una delle seguenti imprese di assicurazione: AXA FRANCE IARD S.A. – AXA FRANCE VIE S.A. – CHUBB EUROPEAN GROUP SE – GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.P.A. – INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA – QBE EUROPE SA/NV, RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA – REVO INSURANCE S.P.A. – TUA ASSICURAZIONI S.P.A.
- effettuata in forza di un rapporto di libera collaborazione ai sensi dell'art. 22 comma 10, del decreto legge 18 ottobre 2012, n.179, convertito nella legge del 17 dicembre 2012, n. 221, in essere con: AIG ADVISORS Srl – RUI sez. A n. A000504487 (polizze AIG Europe S.A.) – BAI – BROKER ASSICURATIVO ITALIANO Srl – RUI sez. B n. B000306508 – EMMEFFE ASSICURAZIONI Srl – RUI sez. A n. A000012754 (HDI Assicurazioni spa – Athora Italia Spa – HDI Italia spa)

SEZIONE II: Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

Nello svolgimento dell'attività di distribuzione, l'intermediario non presta attività di consulenza prima della conclusione del contratto né fornisce al contraente una raccomandazione personalizzata ai sensi dell'art. 119-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private)

L'attività di distribuzione assicurativa è svolta in assenza di obblighi contrattuali che impongano di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazioni.

SEZIONE III - Informazioni relative alle remunerazioni

Per il prodotto intermediato, è corrisposto all'intermediario, da parte dell'impresa di assicurazione, un compenso sotto forma di commissione inclusa nel premio assicurativo.

Ai sensi della vigente normativa sulla trasparenza dei premi e delle condizioni del contratto nell'assicurazione obbligatoria veicoli e natanti, si precisa che l'Agenzia percepisce da TUA Assicurazioni Spa, per la garanzia RCA, una provvigione, inclusa nel relativo premio assicurativo e calcolata sul premio dovuto, compresa tra 8,94% e 9,75%, per tutti i settori tariffari, escluso il settore IV. Per tale settore, invece, la provvigione è tra 8,13% e 8,94%. Le esatte provvigioni riconosciute per la garanzia RCA, cui questa informativa si riferisce, sono rilevabili, in valore assoluto e in percentuale, dal preventivo o dalla stessa polizza.

Le informazioni sopra rese riguardano i compensi complessivamente percepiti da tutti gli intermediari coinvolti nella distribuzione del prodotto.

SEZIONE IV – Informazioni sul pagamento dei premi

Relativamente a questo contratto i premi pagati dal Contraente all'intermediario e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle Imprese di Assicurazione, se regolati per il tramite dell'intermediario costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dello stesso.

Indicare le modalità di pagamento ammesse

Sono consentiti, nei confronti di Wopta, esclusivamente bonifico e strumenti di pagamento elettronico, quali ad esempio, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate.

ALLEGATO 4 TER - ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

Il distributore ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e il collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.

DATI DELLA PERSONA FISICA CHE ENTRA IN CONTATTO CON IL CONTRAENTE

LOMAZZI MICHELE iscritto alla Sezione A del RUI con numero A000703480 in data 02.03.2022

QUALIFICA

Responsabile dell'attività di intermediazione assicurativa di Wopta Assicurazioni Srl, Società iscritta alla Sezione A del RUI con numero A000701923 in data 14.02.2022

SEDE LEGALE

Galleria del Corso, 1 – 20122 MILANO (MI)

RECAPITI TELEFONICI

02.91.24.03.46

PEC

woptaassicurazioni@legalmail.it

E-MAIL

info@wopta.it

SITO INTERNET

wopta.it

AUTORITÀ COMPETENTE ALLA VIGILANZA DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- obbligo di consegna al contraente dell'allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione, di metterlo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e di pubblicarlo sul sito internet, ove esistente
- obbligo di consegna dell'allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione
- obbligo di consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente
- obbligo di proporre o raccomandare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine, ogni utile informazione
- obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di cui all'articolo 30-decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto
- obbligo di fornire in forma chiara e comprensibile le informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata

COME RISPETTIAMO LA TUA PRIVACY

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è Wopta Assicurazioni, con sede legale in Milano, Galleria del Corso, 1 (di seguito "Titolare"), raggiungibile all'indirizzo e-mail: privacy@wopta.it

2. I DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO, FINALITÀ E BASE GIURIDICA

a) Finalità Contrattuali, normative, amministrative e giudiziali

Fermo restando quanto previsto dalla Privacy & Cookie Policy del Sito - <https://www.wopta.it/it/privacy-policy/>, ove applicabile, i dati così conferiti potranno essere trattati, anche con strumenti elettronici, da parte del Titolare per eseguire le prestazioni contrattuali, in qualità di intermediario, richieste dall'interessato, o per adempiere ad obblighi normativi, contabili e fiscali, ovvero ancora per finalità di difesa in giudizio, per il tempo strettamente necessario a tali attività.

La base giuridica del trattamento di dati personali per le finalità di cui sopra è l'art. 6.1 lett. b), c), f) del Regolamento in quanto i trattamenti sono necessari all'erogazione dei servizi o per il riscontro di richieste dell'interessato, in conformità a quanto previsto dall'incarico conferito all'intermediario, nonché ove il trattamento risulti necessario per l'adempimento di un preciso obbligo di legge posto in capo al Titolare, o al fine di accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria. Il conferimento dei dati personali per queste finalità è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento comporterebbe l'impossibilità per l'intermediario di eseguire le proprie obbligazioni contrattuali.

b) Finalità commerciali

Inoltre, i Suoi dati personali potranno essere trattati al fine di inviarLe comunicazioni e proposte commerciali, incluso l'invio di newsletter e ricerche di mercato, attraverso strumenti automatizzati (sms, mms, email, messaggistica istantanea e chat) e non (posta cartacea, telefono); si precisa che il Titolare raccoglie un unico consenso per le finalità di marketing qui descritte, ai sensi del Provvedimento Generale del Garante per la Protezione dei Dati Personali "Linee guida in materia di attività promozionale e contrasto allo spam" del 4 luglio 2013; qualora, in ogni caso, Lei desiderasse opporsi al trattamento dei Suoi dati per le finalità di marketing eseguito con i mezzi qui indicati, potrà in qualunque momento farlo contattando il Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa, senza pregiudicare la liceità del trattamento effettuato prima dell'opposizione.

I trattamenti eseguiti per la finalità di marketing, di cui al paragrafo che precede, si basa sul rilascio del Suo consenso ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a) ([...] l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità) del Regolamento. Tale consenso è revocabile in qualsiasi momento senza pregiudizio alcuno della liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca in conformità a quanto previsto dall'art. 7 del Regolamento. Il conferimento dei Suoi dati personali per queste finalità è quindi del tutto facoltativo e non pregiudica la fruizione dei servizi. Qualora desiderasse opporsi al trattamento dei Suoi dati per le finalità di marketing, potrà in qualunque momento farlo contattando il Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa.

3. DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali potranno essere condivisi, per le finalità di cui alla sezione 2 della presente Policy, con:

- Soggetti che agiscono tipicamente in qualità di Responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento per conto del Titolare, incaricati dell'erogazione dei Servizi (a titolo esemplificativo: servizi tecnologici, servizi di assistenza e consulenza in materia contabile, amministrativa, legale, tributaria e finanziaria, manutenzione tecnica). Il Titolare conserva una lista aggiornata dei responsabili del trattamento nominati e ne garantisce la presa visione all'interessato presso la sede sopra indicata o previa richiesta indirizzata ai recapiti sopra indicati;
- Persone autorizzate dal Titolare al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 29 e 2-quaterdecies del D.lgs. n. 196/2003 ("Codice Privacy") (ad es. il personale dipendente addetto alla manutenzione del Sito, alla gestione del CRM, alla gestione dei sistemi informativi ecc.);
- Soggetti terzi, autonomi titolari del trattamento, a cui i dati potrebbero essere trasmessi al fine di dare seguito a specifici servizi da Lei richiesti e/o per dare esecuzione alle attività di cui alla presente informativa, e con i quali il Titolare abbia stipulato accordi commerciali; soggetti, quali le imprese di assicurazione, che assumono

il rischio di sottoscrizione della polizza, ai quali sia obbligatorio comunicare i tuoi Dati personali in forza di obblighi contrattuali e di disposizioni di legge e regolamentari sulla distribuzione di prodotti assicurativi;

- Soggetti, enti od autorità a cui sia obbligatorio comunicare i Suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità.

Tali soggetti sono, di seguito, collettivamente definiti come "Destinatari". L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile inviando una richiesta scritta al Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa.

4. TRASFERIMENTI DEI DATI PERSONALI

Alcuni dei Suoi dati personali sono condivisi con Destinatari che si potrebbero trovare al di fuori dello Spazio Economico Europeo. Il Titolare assicura che il trattamento Suoi dati personali da parte di questi Destinatari avviene nel rispetto degli artt. 44 - 49 del Regolamento. Invero, per quanto concerne il trasferimento dei dati personali verso Paesi terzi, il Titolare rende noto che il trattamento avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali, ad esempio, il consenso dell'interessato, l'adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati o operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea sulla base di una decisione di adeguatezza.

Maggiori informazioni sono disponibili inviando una richiesta scritta al Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa.

5. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali saranno inseriti e conservati, in conformità ai principi di minimizzazione e limitazione della conservazione di cui all'art. 5.1.c) ed e) del Regolamento, nei sistemi informativi del Titolare, i cui server sono situati all'interno dello Spazio Economico Europeo.

I dati personali trattati per le finalità di cui alle lettere a) e b) saranno conservati per il tempo strettamente necessario a raggiungere quelle stesse finalità ovvero per il tempo necessario all'esecuzione del contratto, in conformità ai tempi di conservazione obbligatori per legge (vedi anche, in particolare, art. 2946 c.c. e ss.).

Per le finalità di cui alla lettera c), i suoi dati personali saranno invece trattati fino alla revoca del suo consenso. Alla revoca del consenso, i dati trattati per la finalità di cui sopra verranno cancellati o resi anonimi in modo permanente.

In generale, il Titolare si riserva in ogni caso di conservare i Suoi dati per il tempo necessario ad adempiere ogni eventuale obbligo normativo cui lo stesso è soggetto o per soddisfare eventuali esigenze difensive. Resta infatti salva la possibilità per il Titolare di conservare i Suoi dati personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge Italiana a tutela dei propri interessi (Art. 2947 c.c.).

Maggiori informazioni in merito al periodo di conservazione dei dati e ai criteri utilizzati per determinare tale periodo possono essere richieste inviando una richiesta scritta al Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai Dati Personali che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 del Regolamento. In particolare, potrà chiedere la rettifica (ex art. 16), la cancellazione (ex art. 17), la limitazione (ex art. 18) e la portabilità dei dati (ex art. 20), di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona (ex art. 22), nonché la revoca del consenso eventualmente prestato (ex art. 7, par. 3).

Lei può formulare, inoltre, una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi Dati Personali ex art. 21 del Regolamento nella quale dare evidenza delle ragioni che giustificano l'opposizione: il titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui Suoi interessi, diritti e libertà. Lei ha altresì il diritto di opporsi in ogni momento e senza alcuna giustificazione all'invio di marketing diretto attraverso strumenti automatizzati (es. sms, mms, e-mail, notifiche push, fax, sistemi di chiamata automatizzati senza operatore) e non (posta cartacea, telefono con operatore). Inoltre, con riguardo al marketing diretto, resta salva la possibilità di esercitare tale diritto anche in parte, ossia, in tal caso, opponendosi, ad esempio, al solo invio di comunicazioni promozionali effettuato tramite strumenti automatizzati.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ai recapiti indicati nella sezione "Contatti" di questa informativa.

Qualora Lei ritenga che il trattamento dei Suoi Dati personali effettuato dal Titolare avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, ha il diritto di proporre reclamo al Garante Privacy, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

7. CONTATTI

Per esercitare i diritti di cui sopra o per qualunque altra richiesta può scrivere al Titolare del trattamento all'indirizzo: privacy@wopta.it.

Consenso per finalità commerciali.

Il sottoscritto, letto e compresa l'informativa sul trattamento dei dati personali

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati personali da parte di Wopta Assicurazioni per l'invio di comunicazioni e proposte commerciali e di marketing, incluso l'invio di newsletter e ricerche di mercato, attraverso strumenti automatizzati (sms, mms, e-mail, ecc.) e non (posta cartacea e telefono con operatore).

____/____/____

Il Contraente

**Servizio di Firma Elettronica Avanzata ("FEA")
in modalità One Time Password ("OTP") erogato da Wopta Assicurazioni srl**

Wopta Assicurazioni S.r.l. (sede legale in Galleria del Corso, 1 – 20122 Milano (MI), partita iva 12072020964) (di seguito Wopta), ha scelto di avvalersi di processi digitali basati su documenti informatici per la sottoscrizione dei prodotti assicurativi e la documentazione operativa, dando un sostanzioso contributo alla tutela ambientale, evitando la stampa di una notevole mole di documenti.

L'utilizzo di documenti informatici è consentito e incentivato dalla normativa (Art. 62 Reg. 40 - Utilizzo della firma elettronica avanzata, della firma elettronica qualificata e della firma digitale- 1. I distributori favoriscono l'utilizzo da parte dei contraenti della tecnologia di firma elettronica avanzata, di firma elettronica qualificata e di firma digitale per la sottoscrizione della documentazione relativa al contratto di assicurazione. 2. La polizza può essere formata come documento informatico sottoscritto con firma elettronica avanzata, con firma elettronica qualificata o con firma digitale, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia).

Condizioni Generali Servizio

Il Servizio consente l'utilizzo della Firma Elettronica Autorizzata (da ora in poi FEA) solo dopo l'identificazione del Firmatario e l'esplicita autorizzazione all'utilizzo dello stesso. Il Firmatario in fase di identificazione dovrà fornire necessariamente un numero di telefono mobile e indirizzo mail validi, questi dovranno essere ad uso esclusivo e sotto il pieno controllo del Firmatario. Le comunicazioni del processo di firma avvengono tramite invio di Email all'indirizzo comunicato dal Firmatario. Il documento da firmare verrà inviato al Firmatario che potrà visionarlo. La FEA verrà apposta, sul documento ricevuto dal Firmatario accettando i punti firma indicati e confermando di aver letto il documento, con l'inserimento della One Time Password (OTP) quando richiesto. Si rimanda alla Sezione **"Scheda Tecnica servizio"** per ulteriori informazioni. Il Firmatario accettando la FEA, dichiara che sia il numero telefonico mobile, l'indirizzo email comunicati e gli strumenti utilizzati per il processo di FEA sono sotto il proprio esclusivo controllo.

L'utilizzo e la validità della FEA è sempre subordinata alla corretta conclusione del processo di identificazione del Firmatario.

- Attivazione del servizio

Il nuovo Firmatario attiva e aderisce al servizio di FEA nel processo di identificazione, con contestuale accettazione delle presenti Condizioni Generali come indicato nel percorso di firma. Nel caso il Firmatario avesse già utilizzato il servizio di FEA in precedenza e quindi identificato, per ogni firma successiva alla prima verrà invitato a verificare l'esattezza dei dati personali archiviati e gli estremi dell'accettazione della FEA. In caso di variazioni dei dati, il Firmatario dovrà aggiornarli e accettare nuovamente la FEA. Il Nuovo Firmatario attiva la FEA mediante l'inserimento del codice OTP ricevuto via SMS/mail e attiva il processo di firma in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

- Revoca del servizio

Viene richiesto di rinnovare la scelta ad ogni processo di firma.

- Apposizione della firma elettronica avanzata

L'operazione di accettazione del presente documento "Servizio di Firma Elettronica Avanzata ("FEA") in modalità One Time Password ("OTP") erogato da Wopta Assicurazioni srl" viene effettuato ad ogni firma. L'apposizione della FEA sul documento informatico avviene con la validazione di tutti i punti firma richiesti e la dichiarazione di aver letto tutto il documento da firmare. A seguire, quando richiesto, dovrà essere inserito il codice OTP inviato al Firmatario attraverso il canale (SMS/Email) scelto dal Firmatario. Questa operazione conclude il processo di firma crittografica del documento, necessario a rendere il documento elettronico integro, non modificabile, leggibile e autentico. Il processo di FEA può ritenersi concluso solo quando il Firmatario riceve l'email con il messaggio di completamento dell'operazione e contenente il documento firmato.

Successivamente, il Firmatario potrà verificare in qualsiasi momento i dettagli del documento firmato su una pagina specifica nella homepage "Area Riservata"

- Limitazioni d'uso

Il Firmatario potrà utilizzare la firma elettronica avanzata esclusivamente per sottoscrivere i documenti per i quali ha accettato di aderire.

- **Recupero e verifica del documento informatico sottoscritto**

Il cliente può recuperare il documento informatico sottoscritto attraverso l'apposita funzionalità descritta al punto precedente "Apposizione della firma elettronica avanzata". Il cliente può verificare l'integrità, la non modifica e l'autenticità del documento e delle firme elettroniche attraverso i passi: Salvataggio sul proprio computer del documento informatico sottoscritto (formato pdf). Inoltre ad ogni documento sottoscritto è associato un Report dettagliato delle operazioni che hanno portato alla firma del documento stesso.

- **Conservazione del documento informatico sottoscritto**

Wopta provvede all'archiviazione digitale del processo e dei dati del Firmatario con firma elettronica avanzata in ottemperanza alle indicazioni normative. Wopta si occupa della conservazione del documento e dell'archiviazione di tutte le evidenze informatiche necessarie a comprovarne l'integrità, la leggibilità, l'assenza di modifiche dopo l'apposizione delle firme e l'autenticità delle firme apposte, il tutto in conformità alla normativa tempo per tempo vigente.

Scheda Tecnica Servizio di FEA in modalità OTP erogato da Wopta

- DPCM 23 Febbraio 2013 art. 57 comma 1 lett. E) ed f) Delle Regole Tecniche -

Per la consueta operatività Wopta si avvale, nel rispetto della normativa, di “documenti elettronici” in sostituzione di quelli cartacei.

L'utilizzo dei documenti informatici è possibile grazie ad una tecnologia che Le permette di indicare, laddove richiesto, la Sua volontà di apporre la firma utilizzando una procedura gratuita e guidata autorizzata tramite un codice usa e getta.

Il servizio di Firma Elettronica Avanzata (di seguito anche “FEA”) è attuato dalla Società nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia.

- **Il controllo esclusivo del firmatario del sistema di generazione della firma**

Il Cliente ha il controllo esclusivo del sistema del processo di firma, avendo sempre la possibilità, per ogni singola firma apposta di:

- visualizzare il contenuto dei documenti al momento della firma in modo da aver evidenza di quanto sta per sottoscrivere
- utilizzare gli appositi controlli per ingrandire/rimpicciolire il testo del documento
- identificare in modo intuitivo tutte le parti del documento dove è prevista una firma
- confermare la firma apposta
- annullare l'operazione di firma.

Per garantire il massimo livello di sicurezza possibile relativamente a questa scelta tecnologica, Wopta Assicurazioni S.r.l. ha adottato le migliori soluzioni certificate sul mercato dotate di sofisticate tecnologie atte ad impedire manomissioni informatiche.

La piattaforma utilizzata da Wopta e fornita da Namirial S.p.A. è integrata per la digitalizzazione delle transazioni di business e dei workflow documentali eSignAnyWhere (eSAW). Il sistema eSAW implementa funzionalità di apposizione delle firme digitali. La modalità standard è quella interattiva in cui i firmatari accedono ad un Web Signature Tray (Viewer) all'interno del quale è possibile visualizzare e firmare i documenti proposti seguendo un wizard particolarmente intuitivo. La modalità interattiva prevede un flusso secondo il quale un'applicazione oppure un sito internet richiedono la firma digitale di un documento attraverso la creazione di una pratica (o transazione) di firma.

I documenti da firmare sono protetti da un meccanismo di autenticazione per assicurarsi che solamente il firmatario designato possa accedervi. Il meccanismo di autenticazione utilizza un OTP (One Time Password) inviato sul numero di cellulare del firmatario (dispositivo personale). Il sistema eSAW crea la pratica di firma e genera una URL univoca che la identifica e può essere direttamente utilizzata nel browser del firmatario designato. L'URL viene inviato all'email indicata dal firmatario in sede di censimento dati anagrafici. Accedendo con un browser alla URL della transazione di firma, viene mostrato il Viewer, ovvero un'interfaccia che presenta:

- Accettazione di utilizzo del servizio di FEA;
- Un'anteprima del documento da firmare;
- I controlli di firma;
- Il wizard di firma;
- Menu con Guida e azioni accessorie per l'utente;

- **La connessione univoca della firma al firmatario**

I dati di ogni firma raccolta vengono poi cifrati, utilizzando uno specifico certificato digitale, ed inclusi all'interno del documento sottoscritto. Il Cliente ha sempre la possibilità di verificare che il documento informatico sottoscritto non abbia subito modifiche dopo l'apposizione della firma; presso AgID all' URL <http://www.agid.gov.it/identita-digitali/firme-elettroniche/software-verifica>.