



1031

Polizza INFORTUNI

I 003 00000 00185245665

AGENZIA BARI										NUMERO ARCHIVIO 185245665	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D. P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/61382	159	77	215716823		1031	10	2026	0	0	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
01/04/2026		01/04/2030		01/04/2027		1		ANNUALE		13/04/2026	
CONVENZIONE			COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
						2400			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
AON ADVISORY AND SOLUTIONS S.R.L. - VIA ERNESTO CALINDRI, 6 - 20143 MILANO MI										04270931001	
PREMIO NETTO		ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA			PROV. RISCHIO			
0,00			0,00	0,00	0,00			0,00		MI	
PREMIO NETTO		ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE			COMBINAZIONE			
0,02			0,00	0,02	0,00			0,02			

La presente polizza è integrata dal Set informativo e l'informativa privacy (Modello SI/01031/000/00000/C edizione 15/03/2026)

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)**GRUPPO 1**

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE	1			
			100.000,00	0,01
INVALIDITÀ PERMANENTE			100.000,00	0,01
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE				
INVALIDITÀ PERMANENTE				
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE**0,02**

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO MODELLO SI/01031/000/00000/C EDIZIONE 15/03/2026 COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**Il Contraente dichiara:**

- ✓ di aver ricevuto dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Polizza, il "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi"
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Set Informativo e l'Informativa privacy (Modello SI/01031/000/00000/C edizione 15/03/2026)
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Set Informativo modello SI/01031/000/00000/C edizione 15/03/2026, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute negli ALLEGATI di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Unipol Assicurazioni S.p.A.
Unipol S.P.A.
 ASSICURAZIONI

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa
- ✓ di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente i seguenti articoli contenuti nel Set Informativo:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro | Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato |
| Art. 1.9 - Altre assicurazioni | Art. 2.13 - Arbitrato irrituale |
| Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione | Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo |
| Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione | Art. 3.7 - Estensioni - lettera b) infortuni determinati da calamità naturali |
| Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro | |
| Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità | |

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 13/04/2026

Il premio della rata alla firma è stato pagato il _____

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

L'Agente o l'Incaricato

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
 Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
 Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183
 Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipolit

Contraente/Assicurato AON ADVISORY AND SOLUTIONS S.R.L.
Domicilio VIA ERNESTO CALINDRI, 6 - 20143 MILANO - MI
Partita IVA 04270931001

Il presente contratto - emesso a seguito di procedura per l'affidamento di servizi assicurativi indetta dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Compagnia UNIPOL Assicurazioni - è regolato:

1. dal frontespizio di polizza riportante i dati essenziali del contratto;
2. dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato.

INFORTUNI

Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale (24h) ad adesione individuale.

Condizioni di assicurazione come da testo allegato

Somme assicurate e premi:

OPZIONE 1

<i>Garanzia</i>	<i>Massimale</i>	<i>Condizioni particolari</i>
Morte	€ 100.000,00	
Invalità Permanente	€ 100.000,00	Tabella INAIL - con applicazione di franchigia assoluta del 3%

Premio annuo lordo per aderente: € 80,00

OPZIONE 2

<i>Garanzia</i>	<i>Massimale</i>	<i>Condizioni particolari</i>
Morte	€ 200.000,00	
Invalità Permanente	€ 200.000,00	Tabella INAIL - con applicazione di franchigia assoluta del 3%

Premio annuo lordo per aderente: € 150,00

Condizioni aggiuntive sempre operanti:

1. HIV
2. LESIONI E/O MALATTIE DA RADIODIAGNOSTICA/RADIOTERAPIA
3. SUPERVALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Ulteriore condizione opzionabile con premio aggiuntivo:

Rimborso spese mediche da infortunio

<i>RSM</i>	<i>Premio annuo lordo aggiuntivo</i>
Opzione 1 RSM - € 1.500,00	€ 30,00
Opzione 2 RSM - € 2.500,00	€ 50,00

Assicurazione Infortuni



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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: INFORTUNI - CONVENZIONE AD ADESIONE – FNO TSRM E PSTRP

Data: 31/12/2025 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Scopo. 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società. Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna; tel. +39 051.5077111; sito internet: www.unipol.it; e-mail: info-danni@unipol.it, PEC: unipol@pec.unipol.it; Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183. Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a € 7.077,25 milioni e il risultato economico di esercizio risulta pari a € 775,99 milioni. L'indice di solvibilità relativo all'esercizio 2024 è pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. La Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria dell'impresa (SFCR), è disponibile sul sito www.unipol.it

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente. Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: Rimborso spese mediche da infortunio: vedasi Sezione Infortuni, Art.2.4.1, pag. 12 di 21.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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

Ci sono limiti di copertura?

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

Sono altresì previste esclusioni di garanzia per la sezione INFORTUNI che non opera per gli Infortuni determinati da: guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà//pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei; guida e uso di mezzi subacquei; delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato//ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere//abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati//guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo// trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche)//operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio//azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di: infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza; alcolismo cronico.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Infortuni è rivolto a professionisti facenti parte dell'ente FNO TSRM e PSTRP (Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione) nello svolgimento della propria attività professionale nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy - Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI) - Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipol.it , oppure utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito www.unipol.it . I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. Ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy deve fornire il riscontro nel termine massimo di 45 giorni (60, se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente o dell'intermediario a titolo accessorio e relativi dipendenti e collaboratori). Ulteriori informazioni sui reclami riguardanti il comportamento di tali soggetti sono consultabili sul sito www.unipol.it .
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21-00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it , anche con il modello ivi disponibile.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . Condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Unipol.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<u>Arbitrato irrituale</u> : In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: Infortuni: 2,5%; Detrazione fiscale. Non prevista. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).



CONVENZIONE AD ADESIONE - FNO TSRM e PSTRP

POLIZZA INFORTUNI

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

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

Animale: cane o gatto di proprietà dell'Assicurato e che vive in modo continuativo con l'Assicurato.

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

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

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

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

Calciatore Professionista: intendendosi per tale l'atleta tesserato ad una Società di calcio di Serie A, di Serie B o di Serie C (Lega Pro) o l'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie A.

Si intende equiparato a Calciatore Professionista anche l'atleta tesserato ad una società di calcio di Serie D (Lega Nazionale Dilettanti) o l'atleta tesserata ad una Società di calcio femminile di Serie B.

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

Classe di Rischio: insieme delle attività che ai fini dell'Assicurazione presentano lo stesso grado di pericolosità del Rischio.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

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

Day-Hospital: degenza diurna in Istituto di Cura per prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche (con esclusione di accertamenti al solo scopo di diagnostica preventiva) e documentate da cartella clinica dalla quale risulti il periodo di effettiva permanenza dell'Assicurato nella Struttura.

Difetto Fisico/Malformazione: alterazione anatomica non evolutiva, congenita o acquisita per Malattia o Infortunio, che sia evidente e/o che sia clinicamente diagnosticabile prima della stipula della Polizza.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

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

Fase giudiziale: la fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale: la fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo fra le parti, anche con la mediazione e la negoziazione assistita, senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Fatto illecito: l'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Forma di copertura: ambito di operatività della copertura assicurativa Infortuni, indicata in Polizza.

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

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

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

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

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

Inabilità Temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in Polizza.

Indennizzo/Rimborso: somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla Polizza.

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

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

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

Malattie congenite: malattie esistenti dalla nascita e la cui origine risale alla vita intrauterina.

Massimale: la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di Sinistro.

Nucleo familiare: le persone risultanti dal certificato di Stato di Famiglia del Contraente/Assicurato alla data del Sinistro.

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 00.00 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 00.00 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 00.00 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile. **Premio:** somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione. **Recesso:** scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal contratto.

Responsabilità contrattuale: la responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte nei confronti dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale: la responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un Fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

La degenza in ospedalizzazione domiciliare viene parificata a tutti gli effetti al Ricovero in Istituto di Cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

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

Servizi SiSalute: servizi organizzati e gestiti dalla società SiSalute S.r.l.

Sforzo: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato, anche volontariamente, che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

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

Somma assicurata: la somma indicata in Polizza che per ogni garanzia viene utilizzata per il calcolo dell'Indennizzo/Rimborso.

Spese di giustizia: le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

Spese peritali: somme spettanti al perito anche in qualità di consulente di parte (C.T.P.) o di consulente d'ufficio nominato dal giudice (C.T.U.).

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

Sport Agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati da persone di età pari o superiore a 12 anni, in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e comunque specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico. Resta tuttavia

inteso che le attività sportive praticate con le predette modalità, riguardanti persone di età inferiore a 12 anni verranno comunque considerate come avvenute nell'ambito degli Sport del tempo libero.

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

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuate in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico. Rientrano nell'ambito della pratica di sport del tempo libero anche le attività sportive che comportino la partecipazione occasionale a manifestazioni e/o tornei di carattere non agonistico, nonché a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti o prove.

Sport Motoristici/Motonautici intendendosi per tali quelli che prevedono:

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

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

Stato Comatoso: stato di incoscienza profonda, anche indotto farmacologicamente, caratterizzato da assenza della sensibilità, della motilità volontaria ed alterazione delle funzioni vegetative, la cui causa abbia diretta origine da un Infortunio.

Lo stato di incoscienza è senza alcuna reazione a stimoli esterni e a bisogni interiori ed è associato a una condizione di non risvegliabilità anche mediante stimoli appropriati, richiede inoltre l'uso persistenze e continuo di sistemi artificiali di supporto al mantenimento in vita.

Stato Comatoso Irreversibile: Stato Comatoso che si è protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi.

Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

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

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

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art.1 Durata della convenzione

La Convenzione avrà durata quadriennale, con decorrenza dal 1° aprile 2026 e scadenza il 1° aprile 2030.

Art.2 Durata della copertura assicurative e delle singole adesioni

La copertura assicurativa in favore dei singoli iscritti aderenti avrà decorrenza dalle ore 00.00 del 01.04.2026, alle ore 00.00 del 01.04.2027, salvo rinnovi ad attivazione individuale.

L'adesione può avvenire in qualsiasi momento dell'annualità assicurativa e prevede il versamento dell'importo di premio annuo nella sua interezza, a prescindere dalla data di adesione.

Non è previsto il tacito rinnovo.

Art. 3 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 60 giorni. In tale caso la Società, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualunque altro atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa ad avvalersi della facoltà di recesso.

Quando e come devo pagare

Art. 4 Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile, esclusa comunque la copertura di eventuali sinistri verificatisi durante la sospensione della copertura assicurativa.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo durata temporanea inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Art. 5 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Che obblighi ho

Art. 6 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.).

Art. 7 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 Cod. Civ.).



Art. 8 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato (art. 1897 Cod. Civ.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 9 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 10 Assicurazioni obbligatorie

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

Art. 11 Foro competente

Foro competente, a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

Art. 12 Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 Garanzia base

A) TEMPO LIBERO E LAVORO

La Società indennizza, nei limiti delle garanzie e delle Somme assicurate indicate nel certificato di assicurazione, le conseguenze dirette ed esclusive di Infortuni subiti, durante l'operatività del contratto, dall'Assicurato nello svolgimento della propria attività professionale dichiarata in Polizza, nonché di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Eventi garantiti

Nell'ambito di operatività delle garanzie previste dalla Forma di copertura prescelta sono considerati Infortunio anche i seguenti eventi:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) l'avvelenamento acuto dovuto a ingestione involontaria o assorbimento di sostanze;
- c) l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- d) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- e) l'annegamento;
- f) l'assideramento e il congelamento;
- g) le rotture sottocutanee dei tendini. L'Invalidità Permanente sarà liquidata secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 3.3.1 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini. Esclusivamente per la cuffia dei rotatori, la copertura è limitata alle sole garanzie Morte e Invalidità Permanente.
- h) le ernie addominali da Sforzo, con esclusione di ogni altro tipo di ernia. L'Invalidità Permanente sarà liquidata secondo i criteri di Indennizzo previsti dall' Art. 3.3.2 Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo. La copertura è operante per le garanzie Morte e Invalidità Permanente;
- i) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- j) le lesioni muscolari determinate da Sforzo;
- k) gli Infortuni subiti in stato o in conseguenza di malessere, malore o stati di incoscienza;
- l) gli Infortuni causati da colpa grave, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- m) le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua.

Estensioni di garanzia

Si intendono altresì indennizzabili gli Infortuni derivanti dai seguenti Rischi:

- 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, l'operatività delle garanzie è estesa agli Infortuni derivanti da atti di guerra anche non dichiarata, insurrezione popolare, occupazione e invasione militare, che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, per un periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello stato estero

- 2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, sommosse e atti violenti in generale ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente, salvo il caso di legittima difesa.

3) Rischio Volo

Le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero, su Aeromobili da chiunque eserciti.

Non sono indennizzabili i Sinistri avvenuti su Aeromobili gestiti da:

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

Rimangono inoltre esclusi dall'Assicurazione i viaggi aerei comunque effettuati con alianti, motoalianti, aerostati e dirigibili. Agli effetti dell'operatività della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'Aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

4) Rischio Sport del tempo libero

Le garanzie sono operanti per gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica di Sport del tempo libero.

6) Rischio eventi naturali catastrofici

A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile, le garanzie sono operanti anche per gli Infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: Terremoti, eruzioni vulcaniche, maremoti, alluvioni e inondazioni.

Resta convenuto che limitatamente alle conseguenze di tali eventi l'Indennizzo dovuto sarà determinato sul 50% delle rispettive Somme assicurate.

Art. 2.1.1 Garanzie prestate

a) Morte

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata nel Certificato assicurativo, per l'Infortunio che ha come conseguenza la morte dell'Assicurato. L'operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo per il caso morte non è cumulabile con l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente.

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

Se il decesso avviene all'estero, la Società rimborsa ai Beneficiari o agli eredi le spese da questi sostenute per il rimpatrio della salma nel limite del 10% della Somma assicurata, con il massimo di € 10.000.

a.1) Stato Comatoso Irreversibile

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che abbia comportato uno Stato Comatoso Irreversibile, in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la denuncia di Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dall'autorità medico-ospedaliera competente, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso Morte, secondo i criteri indicati Art. 3.2.2 - Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

b) Invalidità Permanente da Infortunio

La garanzia è prestata, entro la Somma assicurata indicata nel Certificato assicurativo, per l'Infortunio subito dall'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità Permanente accertata secondo quanto stabilito all'Art. 6.4 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente o all'Art. 6.4.1 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente con Tabella INAIL delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

La garanzia è prestata anche se l'Invalidità Permanente si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.

Il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato con l'applicazione di una franchigia assoluta per sinistro del 3%.

b.1) Invalidità Permanente con Franchigia 3%

In caso di Invalidità Permanente di grado inferiore o uguale al 3% non è previsto alcun Indennizzo, se invece essa risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo viene corrisposto soltanto per la parte eccedente. Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50% della totale la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 2.1.2 Altre coperture

a) HIV

L'assicurazione viene estesa al contagio da virus HIV a causa di un evento accidentale ed esterno occorso all'Assicurato nello svolgimento dell'attività professionale per la quale è prestata l'Assicurazione che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva l'Invalidità Permanente e che sia insorto nel corso di validità del presente contratto.

b) LESIONI E/O MALATTIE DA RADIODIAGNOSTICA/RADIOTERAPIA

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 2.2 "Esclusioni", lettera l), della Sezione Infortuni, limitatamente ai casi Morte e Invalidità Permanente, l'Assicurazione viene estesa alle lesioni e/o Malattie insorte successivamente alla data di stipula del contratto e derivanti dalla pratica professionale della Radiodiagnostica e/o Radioterapia.

La validità dell'Assicurazione è subordinata al fatto che le condizioni di lavoro dell'Assicurato siano conformi alle disposizioni legislative ed alle istruzioni ministeriali per la prevenzione degli Infortuni e per la protezione dalle radiazioni.

c) SUPERVALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Le percentuali di determinazione dell'Invalidità Permanente, accertata secondo i criteri e la Tabella di Valutazione indicati Art. 3.3 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, si intendono parzialmente modificate come segue:

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

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

In caso di Infortunio che comporti la minorazione funzionale di sole falangi o delle dita non si applica quanto previsto dalla presente Condizione Specifica.

Resta inteso che per le perdite anatomiche o menomazioni funzionali di arti e organi qui non riportate, si intendono operanti le percentuali di cui all'Art. 3.3 Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri.

Cosa NON assicura

Art. 2.2 Esclusioni

L'Assicurazione non opera per gli Infortuni determinati da:

- a) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, a meno che quest'ultima sia scaduta e venga rinnovata prima della definizione del Sinistro, oppure non venga rinnovata per causa esclusiva e diretta delle lesioni fisiche subite dal conducente a causa del Sinistro, salvo il caso dei minori assicurati, per gli Infortuni subiti dagli stessi alla guida di veicoli all'insaputa dei genitori o dell'esercente la patria potestà;
- b) pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzie Base - Estensione di garanzia, punto 3) Rischio volo;
- c) pratica di Sport Professionistici;
- d) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio;
- e) regate transoceaniche;
- f) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici e/o Motonautici;
- g) pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Aerei;
- h) guida e uso di mezzi subacquei;
- i) delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j) ebbrezza alcolica dell'Assicurato alla guida di veicoli in genere;
- k) abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni (salvo il caso di somministrazione terapeutica prescritta da personale medico) limitatamente all'Assicurato che ha determinato l'Infortunio in tali stati;
- l) guerra, insurrezione o Atti di Terrorismo, salvo quanto previsto dall'Art. 2.1 Garanzie Base – Estensione di garanzia, punto 1) Rischio guerra, insurrezioni all'estero e punto 2) Rischio tumulti popolari e Atti di Terrorismo;
- m) trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- n) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche, non resi necessari in conseguenza d'Infortunio;
- o) azioni o comportamenti dell'Assicurato posti in essere a causa di:
 - infermità mentale dovuta a una delle seguenti patologie: schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, Morbo di Alzheimer, demenza;
 - alcolismo cronico.

Art.2.2.1 Limitazione ed esclusione Embarghi e Sanzioni

In ogni caso la società non fornirà copertura assicurativa e non sarà tenuta a pagare alcun indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre la società o qualsiasi suo dipendente o collaboratore a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, della Svizzera, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America o di altra legge nazionale in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 2.3 Risoluzione dell'Assicurazione

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 80 anni, limitatamente a questa

persona, tutte le garanzie indicate in Polizza, relative a tutte le Sezioni, cessano alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età

Come personalizzare

Art. 2.4 Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare la seguente copertura:

Art. 2.4.1 Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società provvede al Rimborso delle spese di cura sostenute dall'Assicurato in caso di Infortunio, avvenuto durante l'operatività del contratto, e sostenute non oltre due anni dallo stesso, per:

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

Art. 3.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

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

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o - in caso di impedimento per le conseguenze riportate - dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'Infortunio, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale o in copia fotostatica, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.

Relativamente alla Sezione Infortuni

Per le garanzie sotto riportate, valgono le seguenti disposizioni:

- Liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore degli eredi: deve essere presentata alla Società in caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero;
- Inabilità Temporanea: l'Indennizzo per Inabilità Temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Inabilità Temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.

Qualora l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo sarà effettuata considerando data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato. In tutti i casi la Società, ai fini del riconoscimento della presente prestazione assicurativa, si riserva di verificare sulla documentazione prodotta la congruità dei periodi di Inabilità certificati;

- Indennità per Ricovero o per Ricovero e Convalescenza: deve essere presentata alla Società la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dai documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del Ricovero e del Day-Hospital;
- Indennità per Immobilizzazione in caso di frattura: deve essere presentata alla Società la domanda per ottenere l'Indennizzo, corredata dai documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'Immobilizzazione.

Art. 3.2 - Liquidazione della garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, la Società, previa ricezione del certificato di morte e di altra documentazione ritenuta necessaria, corrisponde la Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente e in conseguenza dell'Infortunio subito, l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi la differenza tra la somma che spetta loro per la morte dell'Assicurato e l'Indennizzo già pagato all'Assicurato per l'Invalidità Permanente, se inferiore. In base agli elementi ed alle circostanze relative all'Infortunio, la Società può richiedere totalmente o parzialmente la seguente documentazione:

- il certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- il certificato di stato di famiglia (originario e attuale);
- il certificato autoptico;

- il certificato di non gravidanza della coniuge superstite;
- altra documentazione ritenuta necessaria ai fini della liquidazione dell'Indennizzo.

Art. 3.2.1 - Morte presunta

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o, in assenza di designazione, agli eredi, in parti uguali, la Somma assicurata per il caso Morte.

Il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (articoli 60 n.3 e 62 del Codice Civile) secondo le modalità di cui agli articoli 726 e 727 del codice di procedura civile. In caso di affondamento, naufragio o caduta di Aeromobile, il pagamento avverrà trascorsi sei mesi dal Sinistro, solo se, accertata dall'autorità competente la presenza a bordo dell'Assicurato, quest'ultimo sia dato per disperso a seguito del Sinistro stesso (articoli 211 e 838 Codice della Navigazione). Resta inteso che se dopo il pagamento dell'Indennizzo risulterà che l'Assicurato non era morto o non lo era a seguito di Infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente residua.

Art. 3.2.2 - Liquidazione Indennizzo Morte per Stato Comatoso Irreversibile

La Somma assicurata per il caso di morte viene liquidata anche nel caso in cui lo Stato Comatoso divenga irreversibile in quanto si sia protratto per un periodo ininterrotto di 180 giorni consecutivi, ferma la ulteriore denuncia del Sinistro attestante il perdurare, per il periodo sopra indicato, dello Stato Comatoso come certificato dalla autorità medico ospedaliera competente.

Una volta corrisposto l'Indennizzo ai Beneficiari designati o in loro mancanza al coniuge non legalmente separato dell'Assicurato, ai suoi figli e discendenti o in assenza dei soggetti sopra indicati agli ascendenti, in parti uguali fra loro, l'Assicurazione cessa in ogni caso nei confronti dell'Assicurato che ha subito il Sinistro, salvo quanto previsto successivamente.

L'Assicurato, in caso di risveglio dal coma dopo la liquidazione dell'Indennizzo ai sensi del presente articolo:

- avrà diritto alla eventuale differenza tra l'Indennizzo spettante per Invalidità Permanente e la Somma assicurata caso Morte, già liquidata ai Beneficiari, qualora dall'Infortunio indennizzabile residui all'Assicurato una Invalidità Permanente che comporti la liquidazione di una somma superiore a quella già corrisposta per la garanzia Morte; in caso contrario la Società rinuncia al recupero delle somme già corrisposte.

- rinuncia ad esperire qualsiasi azione di recupero e/o regresso nei confronti della Società, considerando legittimati passivi a tal fine soltanto gli effettivi percipienti delle Somme assicurate.

Art. 3.3 - Criteri di valutazione dell'Invalidità Permanente

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio sarà effettuata secondo le percentuali riportate nella sottostante TABELLA DI VALUTAZIONE e con i seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali indicate nella tabella vengono ridotte in proporzione alla funzione perduta;
- nei casi non specificati dalla tabella l'Indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato;
- la perdita, totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali riconosciute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%;
- nel caso l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con il criterio della somma aritmetica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate in tabella saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;

- per le valutazioni delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'applicabilità dei presidi correttivi.

Tabella di valutazione	Grado % di Invalidità Permanente accertato
<i>Perdita anatomica funzionale di:</i>	
<i>un arto superiore</i>	70%
<i>una mano o un avambraccio</i>	60%
<i>un pollice</i>	18%
<i>un indice</i>	14%
<i>un medio</i>	8%
<i>un anulare</i>	8%
<i>un mignolo</i>	12%
<i>una falange ungueale del pollice</i>	9%
<i>una falange di altro dito della mano</i>	1/3 del valore del dito
<i>anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola</i>	25%
<i>anchilosi del gomito in angolazione compresa tra 120° e i 70°, con prono-supinazione libera</i>	20%
<i>anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera</i>	10%
<i>paralisi completa del nervo ulnare</i>	20%
<i>Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:</i>	
<i>al di sopra della metà della coscia</i>	70%
<i>al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio</i>	60%
<i>al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba</i>	50%
<i>un piede</i>	40%
<i>ambedue i piedi</i>	100%
<i>un alluce</i>	5%
<i>un altro dito del piede</i>	1%
<i>la falange ungueale dell'alluce</i>	2,5%
<i>anchilosi dell'anca in posizione favorevole</i>	35%
<i>anchilosi del ginocchio in estensione</i>	25%
<i>esiti di rottura del menisco laterale, indipendentemente dal trattamento attuabile</i>	3%
<i>esiti di rottura del menisco mediale indipendentemente dal trattamento attuabile</i>	2%
<i>instabilità del ginocchio da lesione completa del legamento crociato anteriore</i>	9%
<i>anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto</i>	10%
<i>anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astraglica</i>	15%
<i>paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno</i>	15%
<i>esiti di frattura scomposta di una costa</i>	1%
<i>Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:</i>	
<i>una vertebra cervicale</i>	12%
<i>una vertebra dorsale</i>	5%
<i>12° dorsale</i>	10%
<i>una vertebra lombare</i>	10%
<i>postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo</i>	2%
<i>esiti di frattura del sacro</i>	3%
<i>esiti di frattura del coccige con callo deforme</i>	5%
<i>Perdita totale, anatomica o funzionale di:</i>	
<i>un occhio</i>	25%
<i>ambedue gli occhi</i>	100%
<i>Sordità completa di:</i>	
<i>un orecchio</i>	10%

<i>ambidue gli orecchi</i>	40%
<i>Stenosi nasale assoluta:</i>	
<i>monolaterale</i>	4%
<i>bilaterale</i>	10%
<i>Perdita anatomica di:</i>	
<i>un rene</i>	15%
<i>della milza senza compromissioni significative della crasi ematica</i>	8%
<i>perdita della voce</i>	30%

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

Art. 3.3.1 Criteri di valutazione delle rotture sottocutanee dei tendini

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di rotture sottocutanee dei tendini sarà effettuata, limitatamente ai casi sotto riportati, secondo le percentuali riportate nella sottostante tabella:

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

Relativamente alla rottura sottocutanea di tendini diversi da quelli indicati in tabella, verrà riconosciuta una percentuale di Invalidità Permanente fino al 3%.

Art. 3.3.2 Criteri di valutazione delle Ernie addominali da Sforzo

La valutazione dell'Invalidità Permanente da Infortunio in caso di Ernie addominali da Sforzo sarà effettuata, secondo le percentuali riportate nella sottostante tabella:

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

Art. 3.4 Minorazioni e condizioni patologiche preesistenti

La Società corrisponderà l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio, che siano indipendenti da **menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti** pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver 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, minorazione o Difetto Fisico, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti

Art. 3.5 Criteri di liquidazione della garanzia Rimborso spese mediche da Infortunio

Per ottenere il Rimborso delle spese sostenute, **l'Assicurato deve inoltrare a Unipol:**

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero copia conforme all'originale della lettera di dimissione: qualora non sia esaustiva o non sia sufficiente ad una corretta valutazione della copertura verrà chiesta la copia integrale della cartella clinica;
- in caso di prestazioni extra-ricovero copia dei certificati medici di prescrizione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad Unipol della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte

Art. 3.6 Anticipo Indennizzo

La Società a seguito di Sinistro indennizzabile ai sensi di Polizza, limitatamente alle sotto elencate garanzie e su richiesta del Contraente, potrà concedere un acconto sull'Indennizzo secondo le seguenti modalità:

a) Per Invalidità Permanente

Trascorsi 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia di Sinistro, l'Assicurato può richiedere il pagamento di un acconto pari al 50% del presumibile Indennizzo con un massimo di € 50.000,00 da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro, a condizione che:

- 1) non esistano dubbi sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- 2) risulti prevedibile, da idonea certificazione medico legale, un grado di Invalidità Permanente pari o superiore al 15%.

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni da quando ha potuto verificare l'esistenza delle condizioni che danno diritto all'anticipo, salvo sempre il diritto della Società alla restituzione in seguito all'emergere di fatti che comportino l'inoperatività anche parziale della garanzia.

Art. 3.7 Pagamento dell'Indennizzo

Entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'ammontare dell'Indennizzo:

- previo accordo tra la Società e l'Assicurato, oppure
- all'esito della procedura di arbitrato irrituale

la Società, verificata la titolarità dell'Indennizzo, paga quanto dovuto, salvo che:

- a) il Contraente o l'Assicurato non sia in grado, per qualunque motivo, di accettare espressamente la liquidazione dell'Indennizzo, sottoscrivendo apposito atto avente effetto liberatorio per la Società;
- b) alla Società venga notificato un atto di opposizione nei modi stabiliti dalla Legge o un atto di cessione;

Art. 3.8 Arbitrato irrituale

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

Il collegio medico risiede nel Comune italiano che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato - o del Contraente qualora l'Assicurato sia residente all'estero - anche nell'ipotesi che questi non sia il Contraente. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, che infatti rinunciano preventivamente a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono intraprendere ogni azione legale circa l'indennizzabilità del Sinistro.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti; questa perizia collegiale è valida anche se uno dei medici non la sottoscrive.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

- c) sia stato aperto un Procedimento penale sulla causa del Sinistro, dal quale risulti che ricorrono alcuni dei casi di esclusione previsti dalla relativa Sezione di garanzia

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI



Relativamente alla rottura sottocutanea di tendini diversi da quelli indicati in tabella, verrà riconosciuta una percentuale di Invalidità Permanente fino al 3%.

	Opzione Small	Opzione Premium
Capitale Morte	€ 100.000,00	€ 200.000,00
Capitale Invalidità Permanente	€ 100.000,00	€ 200.000,00
Premio Lordo	80,00	150,00

Ulteriore condizione opzionabile con pagamento di un premio aggiuntivo:

	Opzione Small	Opzione Premium
SOMMA ASSICURATA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	€ 1.500,00	€ 2.500,00
Premio Lordo	30,00	50,00



Testo articoli del Codice Civile, del Codice della Navigazione e del Codice di Procedura Civile richiamati in Polizza.

CODICE CIVILE

Art. 58 - Dichiarazione di morte presunta dell'assente

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

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

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

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

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

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, e al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1882 - Nozione

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

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

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

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 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 articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

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

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

Art. 1899 - Durata dell'assicurazione

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

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

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

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

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

Art. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile

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

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

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

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare.

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di Morte senzarinvenimento del cadavere previsti nell'articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti. Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle

disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, codice civile, e, decorsi due anni dall' avvenimento, viene dichiarata la Morte presunta a norma dell'articolo 60 n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Art. 838 - Conseguenze della scomparsa

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

CODICE DI PROCEDURA CIVILE

Art. 726 - Domanda per la dichiarazione di morte presunta

La domanda per la dichiarazione di morte presunta si propone con ricorso, nel quale debbono essere indicati il nome, cognome e domicilio dei presunti successori legittimi dello scomparso e, se esistono, del suo procuratore o rappresentante legale e di tutte le altre persone, che, a notizia del ricorrente, perderebbero diritti o sarebbero gravate da obbligazioni per effetto della morte dello scomparso.

Art. 727 - Pubblicazione della domanda

Il Presidente del tribunale nomina un giudice a norma dell'articolo 723 e ordina che a cura del ricorrente la domanda, entro il termine che egli stesso fissa, sia inserita per estratto, due volte consecutive a distanza di dieci giorni, nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica e in due giornali, con invito a chiunque abbia notizie dello scomparso di farle pervenire al tribunale entro sei mesi dall'ultima pubblicazione. Se tutte le inserzioni non vengano eseguite entro il termine fissato, la domanda si intende abbandonata. Il Presidente del tribunale può anche disporre altri mezzi di pubblicità.

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza ad adesione volontaria dedicata agli iscritti alla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che offre una copertura assicurativa contro gli Infortuni professionali e/o extraprofessionali.



Che cosa è assicurato?

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

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

- **Morte**: pagamento della Somma assicurata ai Beneficiari designati o, in loro mancanza, agli eredi dell'Assicurato in caso di decesso. Il medesimo Indennizzo è previsto in caso di Stato Comatoso Irreversibile.
- **Invalità Permanente da Infortunio**: pagamento dell'Indennizzo a seconda della percentuale di Invalità Permanente accertata. In caso di Invalità permanente di grado inferiore o uguale al 3% non è previsto alcun indennizzo (franchigia 3%).

In garanzia base sono altresì previste le seguenti coperture:

- HIV;
- Lesioni e/o malattie da radiodiagnostica/radioterapia;
- Supervalutazione invalidità permanente da Infortunio

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono oggetto di copertura i danni causati con dolo dell'Assicurato o del Contraente.
- ✗ **INFORTUNI**: non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza la morte, una Invalidità Permanente o una delle altre prestazioni garantite dal contratto.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi di danni:

- ! **INFORTUNI**: pilotaggio e uso di Aeromobili, deltaplani, ultraleggeri e parapendio// pratica di Sport Professionistici//pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport ad Alto Rischio//regate transoceaniche//pratica, anche occasionale e a qualsiasi titolo, di Sport Motoristici e/o Motonautici.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura in generale vale dove è ubicato il Rischio assicurato con le seguenti precisazioni:
- ✓ **INFORTUNI:** l'Assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.
- Inoltre, devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione della Polizza e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di sinistro.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto con i mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza; ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nel contratto, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Unipol al pagamento dei Premi scaduti.

L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza, e non è soggetta a tacita proroga; pertanto, cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le Parti.



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, puoi recedere dall'Assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta mediante lettera raccomandata, fax o PEC a Unipol.