

UGF ASSICURAZIONI S.P.A.



Contratto di assicurazione

Infortuni Cumulativa

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota informativa

- **A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
 1. Informazioni generali
 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa
- **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
 3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni
 4. Periodi di carenza contrattuali
 5. Dichiarazioni del Contraente in ordine alle circostanze del rischio
 6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione
 7. Premi
 8. Diritto di recesso
 9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
 10. Legislazione applicabile
 11. Regime fiscale
- **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**
 12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
 13. Reclami
 14. Mediazione per la conciliazione delle controversie
 15. Arbitrato irrituale
- **Glossario**

Condizioni di Assicurazione

- Norme contrattuali comuni
- Condizioni Generali di Assicurazione
- Condizioni Particolari

Informativa privacy

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione "Infortuni Cumulativa" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UGF Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- la presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come "Avvertenze" sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota informativa e nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.ugfassicurazioni.it.

UGF Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UGF Assicurazioni S.p.A. ("la Società"), società unipersonale soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
- b) Sede legale e Direzione: Via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051 5077111 - telefax 051 375349 - sito internet: www.ugfassicurazioni.it - indirizzo di posta elettronica: info-danni@ugfassicurazioni.it.
- d) La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/8/2007. Numero di iscrizione all'Albo delle imprese assicurative: 1.00159.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2009.

Patrimonio netto: € 1.337.527.861,00

Capitale sociale: € 150.300.000,00

Totale delle riserve patrimoniali: € 1.049.811.445,00

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,04; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, di durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, è prorogato per un anno e così successivamente. Si rinvia all'articolo 1.7 - Tacita proroga della polizza - delle Norme Contrattuali Comuni per gli aspetti di dettaglio.

Se in polizza è espressamente pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni di assicurazione e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

- a) INFORTUNI: la Società indennizza gli infortuni che provochino la morte dell'Assicurato, una invalidità permanente, una inabilità temporanea e/o una delle altre conseguenze previste dalle condizioni di assicurazione. Si rinvia agli articoli 2.19 e seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio;
- b) MALATTIA: la Società indennizza le malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che determinino per l'Assicurato il ricovero in istituto di cura. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 2.29 - Indennità di ricovero a seguito di malattia - delle Condizioni Generali di Assicurazione

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli delle sezioni "Norme contrattuali comuni", "Condizioni Generali di Assicurazione" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati che integrano e/o derogano al contratto.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia agli articoli delle sezioni "Condizioni Generali di Assicurazione" e "Condizioni Particolari". Si rinvia inoltre alle eventuali ulteriori clausole, espressamente pattuite tra le parti al momento della stipula e riportate in polizza e relativi allegati che integrano e/o derogano al contratto.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti, massimali/somme assicurate mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennizzo per Invalidità Permanente:

1° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità Permanente accertata: 7%

Indennizzo da liquidare: 7% (I.P. accertata) - 3% (franchigia) = 4% x € 100.000,00 = € 4.000,00

2° esempio

Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale (100%): € 100.000,00

Franchigia: 3%

Invalidità Permanente accertata: 2%

Indennizzo da liquidare: nessuno, in quanto la franchigia 3% risulta superiore alla I.P. accertata

Meccanismo di funzionamento della franchigia su indennità giornaliera per Inabilità Temporanea o Ricovero o Convalescenza o Ingessatura:

1° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00

Franchigia: 10 giorni

Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 15.

Importo da liquidare: 15 giorni (di inabilità accertati) - 10 giorni (franchigia) = 5 giorni x € 50,00 al giorno = € 250,00

2° esempio

Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 50,00

Franchigia: 10 giorni

Giorni di Inabilità Temporanea accertati: 7.

Importo da liquidare: nessuno, in quanto il numero dei giorni di franchigia è superiore a quello dei giorni di Inabilità temporanea

Meccanismo di funzionamento del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso Spese Mediche:

1° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 3.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese mediche: € 2.000,00

Rimborso da liquidare: € 2.000,00 in quanto l'importo delle spese sostenute risulta inferiore alla somma assicurata in polizza

2° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 3.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese mediche: € 5.000,00

Rimborso da liquidare: € 3.000,00 in quanto l'importo delle spese sostenute risulta superiore alla somma assicurata in polizza

Meccanismo di funzionamento della franchigia su garanzia Rimborso Spese Mediche:

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese mediche: € 5.000,00

Franchigia fissa di € 55,00

Rimborso da liquidare: € 5.000,00 - € 55,00 = € 4.945,00

Avvertenza: le coperture Infortuni e la garanzia Indennità di Ricovero a seguito di Malattia sono prestate fino alla scadenza annuale del contratto successiva al compimento da parte dell'Assicurato del settantacinquesimo anno di età come indicato all'articolo 2.8 - Limiti di età - delle "Condizioni Generali di Assicurazione". Si rimanda ai suddetti articoli per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: la garanzia Indennità di Ricovero a seguito di Malattia è prestata con i termini di carenza indicati all'articolo 2.29 - Indennità di ricovero a seguito di malattia - delle "Condizioni Generali di Assicurazione" al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni del Contraente in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.3 - Dichiarazioni del Contraente - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione degli Assicurati. Si rinvia all'articolo 1.4 - Aggravamento del rischio - e all'articolo 1.5 - Diminuzione del rischio - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio. Di seguito si illustrano in forma esemplificativa alcune ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modifica del rischio.

1° esempio (Aggravamento del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professio-

nale di "Addetto al call-center" (classe di rischio "1") di una ditta di trasporti. Successivamente, nel corso del contratto, ad alcuni degli Assicurati viene richiesto di svolgere anche la mansione di "Addetti alla guida di autocarri senza carico e scarico della merce" (classe di rischio "5") presso la stessa ditta. Se il Contraente non comunica alla Società questa modifica del rischio, in caso di sinistro che colpisca uno degli Assicurati che ha cambiato la propria occupazione professionale, la Società ridurrà l'indennizzo in proporzione al maggiore premio che avrebbe avuto diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza.

2° esempio (Diminuzione del rischio)

Al momento della stipula del contratto il Contraente dichiara che gli Assicurati svolgono l'attività professionale di "Autotrasportatori con carico e scarico" (classe di rischio "7"). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione ("Pensionato" = classe di rischio "3"). In questo caso la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione da parte del Contraente, ad una riduzione del premio in proporzione all'avvenuta diminuzione del rischio.

7. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali o trimestrali o quadrimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al **3%**, al **4%** e al **5%** del premio della singola rata.

Si rinvia all'articolo 1.2 - Pagamento del premio ed Effetto delle garanzie - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società o l'intermediario assicurativo possono applicare sconti sul premio di polizza qualora vengano pattuite con il Contraente limitazioni della garanzia prevista dalle Condizioni di Assicurazione e/o sulla base di specifiche valutazioni di carattere tecnico/commerciale.

8. Diritto di recesso

Avvertenza: qualora il contratto non preveda la garanzia Malattia, la Società e il Contraente possono recedere dal contratto, e per tutta la durata dello stesso, dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione, mediante lettera raccomandata all'altra Parte.

Qualora invece il contratto preveda anche la garanzia Malattia e sia di durata poliennale, il recesso per sinistro potrà essere esercitato dalla Società e dal Contraente entro un periodo massimo di due anni dalla data di

effetto della polizza. Si rinvia all'articolo 1.8 - Recesso in caso di Sinistro - delle "Norme Contrattuali Comuni" per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, la Società e il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata o telefax, spediti almeno trenta giorni prima della scadenza. Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 1.7 - Tacita proroga della polizza - delle "Norme Contrattuali Comuni".

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice civile).

10. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

11. Regime fiscale

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

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Infortuni: 2,50%;
- b) Malattia: 2,50%;
- c) Infortuni con estensione alla Responsabilità Civile del Contraente: 4,38% (se richiamata ed operante in polizza la clausola cod. 14 - Assicurazione per i casi d'infortunio del quale il Contraente sia civilmente responsabile - contenuta nella sezione "Condizioni Particolari" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio).

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza:

• Coperture Infortuni

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è il giorno dell'infortunio. Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni dal sinistro o da quando ne hanno avuto la possibilità. Il fatto deve essere denunciato indicando con precisione il luogo, il giorno, l'ora dell'evento e le cause che lo hanno determinato, allegando alla denuncia i certificati medici.

Si rinvia all'articolo 2.30 - Obblighi in caso di sinistro - delle "Condizioni Generali di Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

• **Copertura Indennità per Ricovero a seguito di Malattia:**

Ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro in caso di indennità per ricovero è considerato il primo giorno di ricovero.

Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare alla Società la malattia entro 3 giorni da quando ne ha avuto la possibilità; la denuncia deve essere sottoscritta dall'Assicurato o, in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, e deve essere corredata da certificazione medica comprovante le cause e la durata del ricovero.

Si rinvia all'articolo 2.30 - Obblighi in caso di sinistro - delle "Condizioni Generali di Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

In caso di sinistro infortuni o malattia l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UGF Assicurazioni S.p.A. - Reclami Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02 55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00) - Fax: 02 51815353 - E-mail: reclami@ugfassicurazioni.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06 421331.

I reclami indirizzati all'ISVAP devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.ugfassicurazioni.it.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'ISVAP, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'ISVAP si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

14. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UGF Assicurazioni S.p.A., Ufficio Riscontro, Via Stalingrado 45, 40128 Bologna, fax n. 051 7096855.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

15. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni o a 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione:** il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un sinistro.
- **Atto di terrorismo:** azione intenzionalmente posta in essere o anche solo minacciata da una o più parti persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.
- **Beneficiario:** il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.
- **Contraente:** il soggetto che stipula il contratto assicurativo.
- **Day-hospital:** la degenza esclusivamente diurna, ancorché non ininterrotta, in Istituto di Cura, resa necessaria per l'espletamento di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e/o riabilitativo, che non comportano la necessità di ricovero ordinario, ma che comunque richiedono, per la loro natura e complessità, un regime di assistenza medica ed infermieristica continuativa. La degenza deve essere documentata da cartella clinica dalla quale risultino i giorni di effettiva presenza dell'Assicurato nell'Istituto di Cura.
- **Fascicolo informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità giornaliere e l'inabilità temporanea o in importo per il rimborso spese.
- **Inabilità temporanea:** perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.
- **Infortunio:** per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Ingessatura:** mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.
- **Invalidità permanente:** perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
- **Istituti di cura:** gli ospedali, le cliniche, le case di cura e gli istituti universitari, pubblici o privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Per essere considerati tali, gli istituti di cura devono inoltre essere permanentemente sotto la direzione ed il controllo di un medico, devono disporre di adeguate attrezzature diagnostiche e terapeutiche e devono svolgere la loro attività secondo metodi scientifici riconosciuti e sulla base di una documentazione clinica completa. Agli effetti contrattuali, non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche; gli ospedali, le cliniche e le case di cura per convalescenza o per lunga degenza; le strutture di soggiorno per anziani o per la cura di malati cronici.
- **ISVAP:** Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo.
- **Malattia:** ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Periodo di assicurazione - annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata inferiore a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alla scadenza della polizza stessa. In caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
- **Ricovero:** degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.
- **Rischio:** la probabilità del verificarsi del sinistro.
- **Scoperto:** importo che rimane a carico dell'Assicurato espresso in percentuale del danno indennizzabile.

- **Sforzo:** impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.
- **Società:** l'Impresa Assicuratrice, UGF Assicurazioni S.p.A.

- **Termine 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".

UGF Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 2/2011

UGF Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato

(Carlo Cimbrì)



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prova del contratto

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 1.2 - Pagamento del premio ed effetto delle garanzie

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- con contante nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato, con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.

E' fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 C.C.

Art. 1.3 - Dichiarazioni del Contraente

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 1.5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fer-

mo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro. L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

Art. 1.7 - Tacita proroga della polizza

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata o telefax spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, la polizza è prorogata per un anno, e così successivamente di anno in anno.

Nel caso in cui il contratto sia di durata poliennale, la Società ed il Contraente avranno comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione mediante invio di lettera raccomandata o telefax spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale.

Tuttavia qualora sia stata resa operante la garanzia Malattia, tale facoltà potrà essere esercitata esclusivamente dal Contraente.

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

• Contratti che non prevedono la garanzia Malattia

Dopo ogni sinistro, come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta all'altra Parte mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto degli oneri fiscali. L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia da parte della Società alla facoltà di recesso.

• Contratti che prevedono la garanzia Malattia

Qualora il contratto sia di durata poliennale e preveda anche la garanzia Malattia, ciascuna delle Parti - entro due anni dalla data di effetto della polizza - avrà facoltà di recedere dall'assicurazione dopo ogni sinistro, così come definito a termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, dandone preventiva comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione, salvo diversa indicazione, mentre il recesso da parte della Società ha effetto decorsi trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione. La Società, entro i trenta giorni successivi alla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Inoltre, qualora la presente polizza ne sostituisca un'altra della stessa Società nella quale non risulti completamente esaurito il predetto periodo di osservazione di due anni, quest'ultimo è ripristinato:

- integralmente per le nuove garanzie e/o per gli incrementi di somme garantite alle persone già precedenti

- temente assicurate con la polizza sostitutiva;
- per un periodo pari a quello necessario per l'esaurimento del periodo di osservazione della polizza sostituita, per le persone, le garanzie e le somme assicurate precedentemente garantite con quest'ultima.

Art. 1.9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

Art. 1.10 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del

luogo di residenza o di domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 1.11 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

Art. 1.12 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a) delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché delle eventuali diverse attività professionali non dichiarate che, se fossero state conosciute dalla Società, non avrebbero determinato alcun aumento del premio;
- b) di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Art. 2.2 - Estensione dell'assicurazione

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto 2.22 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 2.3 - Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;

Fascicolo Informativo – Contratto di Assicurazione Infortuni Cumulativa

- su aeromobili di aeroclubs;
 - su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (delta-piano, ultraleggeri, parapendio e simili).
- Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza:

- ha durata inferiore ad un anno;
- è stipulata da agenzie di viaggio a favore della clientela.

Art. 2.4 - Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), 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.

Art. 2.5 - Servizio militare

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

Art. 2.6 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.7 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 2.3 (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autospiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 2.4 (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 2.8 - Limiti di età

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare.

In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 2.9 - Persone non assicurabili

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata è affetta da infermità mentale, alcoolismo e tossicodipendenza e si impegna a comunicare tali circostanze alla Società nel momento in cui si dovessero verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 2.10 - Cambiamento dell'attività professionale

Nell'ipotesi che, nel corso del contratto, si verifichi un cambiamento delle attività professionali dichiarate, si applicano i punti 1.4 e 1.5 (aggravamento/diminuzione del rischio) e pertanto:

- se il cambiamento implica aggravamento di rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposita appendice;
- se invece il cambiamento implica diminuzione di rischio, la Società provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza di premio successiva, comunicando al Contraente le varianti intervenute e l'entità del nuovo premio ridotto;
- se infine il cambiamento dell'attività non comporta né aggravamento, né diminuzione di rischio, l'assicurazione prosegue senza alcuna variazione.

Art. 2.11 - Variazioni nelle persone assicurate

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza. Le variazioni delle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggiore premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 2.12 - Criteri di indennizzabilità

La Società 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, fermo quanto stabilito dal punto 2.22 (invalidità permanente).

Art. 2.13 - Cumulo di indennità

Le indennità per inabilità temporanea e per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

Art. 2.14 - Esonero

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto 2.9 (persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

Art. 2.15 - Controversie

Le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 2.12 (criteri di indennizzabilità) possono essere demandate per iscritto 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 ove 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; l'onere delle spese e

competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.

È 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 qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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 salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 2.16 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

Art. 2.17 - Responsabilità del Contraente

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari (o soltanto qualcuno di essi) di cui al punto 2.19 (morte) non accettino a completa tacitazione dell'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo nella sua totalità viene accantonato, destinandolo all'ammontare del risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 2.18 - Limite catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 3.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

RELATIVE AL CASO MORTE

Art. 2.19 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

Art. 2.20 - Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio

del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 2.21 - Commorienza

Se il medesimo evento indennizzabile a termini di polizza, esclusa in ogni caso l'ipotesi prevista al punto 2.3 (rischio volo), provoca la morte dell'Assicurato e del coniuge, la quota parte spettante ai figli handicappati (intendendosi per tali le persone riconosciute invalidi civili nella misura pari o superiore al 75%) o minori, alla data del sinistro, viene raddoppiata.

Il cumulo delle somme pagate a tale titolo non potrà superare l'importo di € 260.000,00 per ogni soggetto assicurato.

RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Art. 2.22 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore..... 70%
- una mano o un avambraccio..... 60%
- un pollice 18%
- un indice..... 14%
- un medio 8%
- un anulare..... 8%
- un mignolo 12%
- la falange ungueale del pollice..... 9%
- una falange di altro dito della mano..... 1/3 del dito

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola..... 25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera 20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera 10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano 7%
- paralisi completa del nervo radiale 35%
- paralisi completa del nervo ulnare..... 20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale 5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:

- al di sopra della metà della coscia 70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio..... 60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba..... 50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede 40%
- ambedue i piedi 100%
- un alluce 5%
- la falange ungueale dell'alluce 2,5%
- un altro dito del piede 1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole..... 35%
- anchilosi del ginocchio in estensione..... 25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile 3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio..... 9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto..... 10%
- anchilosi della sotto astragalica..... 5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno 15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille 4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio..... 25%
- ambedue gli occhi 100%

Per:

- sordità completa di un orecchio..... 10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale 4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale..... 10%
- esiti di frattura scomposta di una costa 1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:
 - una vertebra cervicale 12%
 - una vertebra dorsale..... 5%
 - 12^a dorsale..... 10%
 - una vertebra lombare 10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale 3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente 5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo..... 2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria 15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica.. 8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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 criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.23 - Anticipo dell'indennizzo

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 15.000,00.

Art. 2.24 - Franchigia sulla invalidità permanente

Sulla parte di somma assicurata fino a € 130.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 3% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Sulla parte di somma assicurata oltre € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 5% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 5% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Sulla parte di somma assicurata oltre € 260.000,00, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 10% della invalidità permanente totale; se invece risulterà superiore al 10% l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale limite.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 25% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto sui primi € 130.000,00 di somma assicurata senza applicazione di franchigia.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 50% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto sulla totalità della somma assicurata senza applicazione di franchigia.

RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

Art. 2.25 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle occupazioni dichiarate, la Società corrisponderà una indennità giornaliera nei seguenti termini:

- a) il 100% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità di attendere alle occupazioni medesime;
- b) il 50% della somma assicurata per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni medesime.
L'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni.

Art. 2.26 - Franchigia sulla inabilità temporanea

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea verrà corrisposta per i giorni eccedenti il periodo di franchigia a decorrere:

- a) dall'ottavo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata non è superiore a € 15,00;
- b) dall'undicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è superiore a € 15,00, ma pari o inferiore a € 30,00;
- c) dal sedicesimo giorno successivo a quello dell'infortunio se la somma assicurata è superiore a € 30,00.

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

Art. 2.27 - Rimborso spese sanitarie

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici;
- accertamenti medico legali, esclusi quelli previsti al punto 2.15 (controversie);
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- rette di degenza;
- trasporto dell'Assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura o all'ambulatorio e viceversa;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche e protesi oculari.

La Società rimborsa inoltre, sino al 10% della somma assicurata e con un massimo di € 1.100,00, le spese sostenute, in conseguenza di infortunio, per:

- interventi di chirurgia estetica;
- cure odontoiatriche;
- protesi dentarie.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative note, distinte, ricevute e fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in Euro. Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono

state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 2.28 - Indennità di ricovero a seguito di infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni, su presentazione di cartella clinica.

Art. 2.29 - Indennità di ricovero a seguito di malattia

Per malattia s'intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Se la malattia ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza nel limite massimo di sessanta giorni per ogni ricovero su presentazione di cartella clinica.

L'assicurazione entra in vigore:

- dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per le malattie;
- dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per i casi di ricovero a seguito di malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della garanzia, per il parto, per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della garanzia di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri:

- per le cure termali;
- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione;
- per le applicazioni di carattere estetico;
- per le malattie che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- per esami diagnostici quando il ricovero è inferiore a 3 giorni.

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 2.30 - Obblighi in caso di sinistro

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro tre giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati

medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Operanti solo se espressamente richiamate in polizza

RELATIVE ALLA POLIZZA IN GENERALE

Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali (cod. 1)

La garanzia s'intende prestata per i soli rischi extraprofessionali, della vita privata e della circolazione stradale e cioè per gli infortuni che avvenissero nelle ore non lavorative e durante il tempo in cui l'Assicurato non presta opera retribuita dall'abituale o da altro occasionale datore di lavoro.

Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (cod. 2)

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza.

Assicurazione per i casi d'infortunio del quale il Contraente sia civilmente responsabile (cod. 14)

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, a completa tacitazione dell'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile. Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato destinandolo all'ammontare del risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso. Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi del punto 2.3 (rischio volo);
- gli infortunati sono parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
- il Contraente è una società a responsabilità illimitata

Fascicolo Informativo – Contratto di Assicurazione Infortuni Cumulativa

ta e gli infortunati sono soci od amministratori della società stessa, ovvero loro parenti o affini stabilmente con loro conviventi.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Estensione delle garanzie-all risks (cod. 35)

A parziale deroga del punto 2.7 (rischi esclusi) la garanzia comprende tutti gli infortuni fatta eccezione per quelli derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 2.3 (rischio volo);
- b) dalla pratica di paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) da movimenti tellurici;
- e) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 2.4 (rischio guerra all'estero);
- f) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono comunque esclusi:

- g) gli infarti;
- h) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non rese necessarie da infortunio.

Relativamente ai soli rischi esclusi nel punto 2.7 (rischi esclusi) e ricompresi con la presente estensione, si precisa che:

- non è operante la garanzia per inabilità temporanea eventualmente prevista in polizza;
- non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente parziale quando questa sia di grado non superiore al 5% della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% dell'invalidità permanente totale, l'indennizzo verrà corrisposto soltanto per la parte eccedente. La presente franchigia per invalidità permanente non si cumula con eventuali altre franchigie presenti in polizza. Qualora esista una franchigia superiore sulla invalidità permanente, quest'ultima sarà operante in sostituzione di quella prevista nella presente condizione particolare.

Rischio in itinere (cod. 37)

La garanzia è operante per gli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, ma comunque durante il tempo necessario a compiere tale percorso.

Regolazione premio (cod. 80)

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base a elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Società per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei quindici giorni successivi alla comunicazione da parte della Società. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a quindici giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri verificatisi nel periodo al quale si riferisce la omessa regolazione.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

RELATIVE AL CASO MORTE

Raddoppio dell'indennità assicurata in caso di morte (cod. 47)

(Valido per ogni infortunato e solo se la relativa somma indicata nel contratto è inferiore a € 400.000,00)

La Società, nel limite di esborso massimo complessivo di € 400.000,00 per ogni infortunato, corrisponderà il doppio dell'indennità prevista per il caso di morte per gli infortuni causati dalla circolazione stradale e subiti dagli assicurati nella loro qualità di:

- conducenti, abilitati a norma delle disposizioni in vi-

gore, di qualsiasi mezzo pubblico o privato;

- trasportati, su mezzi di locomozione pubblici o privati, a condizione che tali mezzi siano abilitati al trasporto di persone;
- pedoni, limitatamente agli infortuni subiti per effetto della circolazione di veicoli.

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse, gare, allenamenti e prove. Qualora il doppio dell'indennità, comprensivo del capitale base e del raddoppio, superi € 400.000,00, la Società non potrà corrispondere in ogni caso, per ogni infortunato, somme superiori a detta cifra.

Resta fermo in ogni caso il limite previsto al punto 2.18 (limite catastrofe).

RELATIVE AL CASO INVALIDITÀ PERMANENTE

Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (cod. 3)

La tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista dalle norme che regolano l'assicurazione infortuni si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge.

Per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella sopra citata, si procederà in base ai parametri previsti al punto 2.22 (invalidità permanente).

Franchigia assoluta sulla invalidità permanente (cod. 9)

A deroga del punto 2.24 (franchigia sulla invalidità permanente), non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado non superiore alla percentuale di franchigia convenuta risultante in polizza. 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.

Supervalutazione dell'invalidità permanente (cod. 36)

Le percentuali di invalidità permanente previste, per le identiche voci, al punto 2.22 (invalidità permanente) vengono sostituite dalle seguenti:

perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore..... 100%
- una mano o un avambraccio..... 100%
- un pollice 50%
- un indice..... 50%
- un medio 30%
- un anulare..... 15%
- un mignolo 15%

per:

- sordità completa di un orecchio..... 20%
- sordità completa di ambedue gli orecchi 60%
- perdita totale della facoltà visiva di un occhio..... 50%
- perdita totale della voce 60%

Restano valide le percentuali previste per le altre voci.

Invalidità permanente senza franchigia sui primi euro 130.000,00 di somma assicurata (cod. 75)

A parziale deroga del punto 2.24 (franchigia sulla invalidità permanente), sulla parte di somma assicurata fino a € 130.000,00 l'indennità per la invalidità permanente sarà liquidata senza applicazione di franchigia.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 130.000,00 e fino a € 260.000,00, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 5% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 5%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 5%.

Sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00, per invalidità permanente parziale pari o inferiore al 10% della totale non si farà luogo ad alcun tipo di indennizzo, se invece l'invalidità permanente parziale risulterà superiore al 10%, l'indennità sarà liquidata solo per la percentuale eccedente il 10%.

Nel caso in cui la percentuale di invalidità permanente parziale risulti pari o superiore al 50% della totale, la Società liquiderà l'indennizzo dovuto senza applicazione di franchigia.

RELATIVE ALLA INABILITÀ TEMPORANEA

Inabilità temporanea "a totale" (cod. 4)

A parziale deroga di quanto previsto al punto 2.25 (inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene liquidata con il 100% della somma assicurata anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle occupazioni dichiarate.

Franchigia assoluta sull'indennità per inabilità temporanea (cod. 7)

A deroga del punto 2.26 (franchigia sulla inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza. La franchigia decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio.

Inabilità temporanea senza franchigia per indennità fino a euro 15,00 (cod. 76)

A deroga del punto 2.26 (franchigia sulla inabilità temporanea), l'indennità giornaliera per inabilità temporanea decorre dal primo giorno successivo a quello dell'infortunio, purché la somma assicurata non sia superiore a Euro 15,00.

RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

Indennità per ingessatura (cod. 32)

Ad estensione del punto 2.28 (indennità di ricovero a seguito di infortunio), qualora in conseguenza di infortunio sia stata applicata una ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità pattuita anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i trecentosessantacinque giorni.

Indennità di convalescenza (cod. 33)

Ad estensione del punto 2.28 (indennità di ricovero a seguito di infortunio):

- qualora in conseguenza dell'infortunio sia stata applicata una ingessatura in un Istituto di Cura, verrà corrisposta l'indennità giornaliera pattuita anche per il tempo trascorso fuori dall'Istituto.

L'indennità sarà riconosciuta sino alla rimozione del mezzo di contenzione, ma solo per il periodo prescritto dall'Istituto di Cura.

Il periodo massimo indennizzabile, comprensivo di ricovero e ingessatura, non potrà superare i trecentosessantacinque giorni;

- qualora l'infortunio non comporti ingessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita per un periodo non superiore ai giorni di ricovero. La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e documentata con certificazione.

Il periodo di indennizzo comprensivo del ricovero e della convalescenza non potrà superare i trecentosessantacinque giorni.

Indennità aggiuntiva per gravi ricoveri (cod. 77)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a venti giorni, l'indennità giornaliera di ricovero convenuta in polizza:

- è maggiorata del 50% dal ventunesimo al quarantesimo giorno consecutivo di degenza;
- è raddoppiata oltre il quarantesimo giorno consecutivo di degenza e fino alla dimissione dall'Istituto di Cura.

Per il caso di ricovero a seguito di infortunio in reparto di rianimazione o di cura intensiva e solo per il periodo di permanenza in detti reparti, l'indennità giornaliera corrisposta sarà pari al doppio della somma convenuta in polizza.

L'indennità di ricovero a seguito di infortunio viene corrisposta per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni e dietro presentazione delle cartelle cliniche.

Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio (cod. 78)

A parziale deroga del punto 2.28 (indennità di ricovero a seguito di infortunio), l'indennità per ricovero ospedaliero da infortunio viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

RELATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA

Franchigia assoluta sull'indennità per ricovero ospedaliero da malattia (cod. 79)

A parziale deroga del punto 2.29 (indennità di ricovero a seguito di malattia), l'indennità per ricovero ospedaliero viene corrisposta soltanto per i giorni eccedenti il periodo di franchigia convenuto risultante in polizza.

Ed. 2/2011

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D.Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti^[1] ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile^[2] (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza di settore^[3]. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori (relativi a Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti^[4] nonché ai connessi adempimenti normativi; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo^[5] e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa^[6].

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa^[7].

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per

conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili, potrà consultare il sito www.ugfassicurazioni.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati, presso UGF Assicurazioni S.p.A., al recapito sopra indicato - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

- NOTE -

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., cui è affidata, quale capogruppo, la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Per la normativa antiriciclaggio, e limitatamente alle polizze di ramo vita, i dati relativi all'avvenuta segnalazione di operazioni considerate sospette potranno essere comunicati solo ad altre società del Gruppo interessate quali intermediari finanziari (incluse le imprese assicurative operanti nei rami vita).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; medici, periti, legali; società di servizi per il quietanzamento; clinica convenzionata da Lei scelta; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Informativa B UGFA - Ed. 01/09/2010