



la tua protezione

Contratto di Assicurazione

INFORTUNI

Modello 1031 - Ed. 01.06.2014

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.

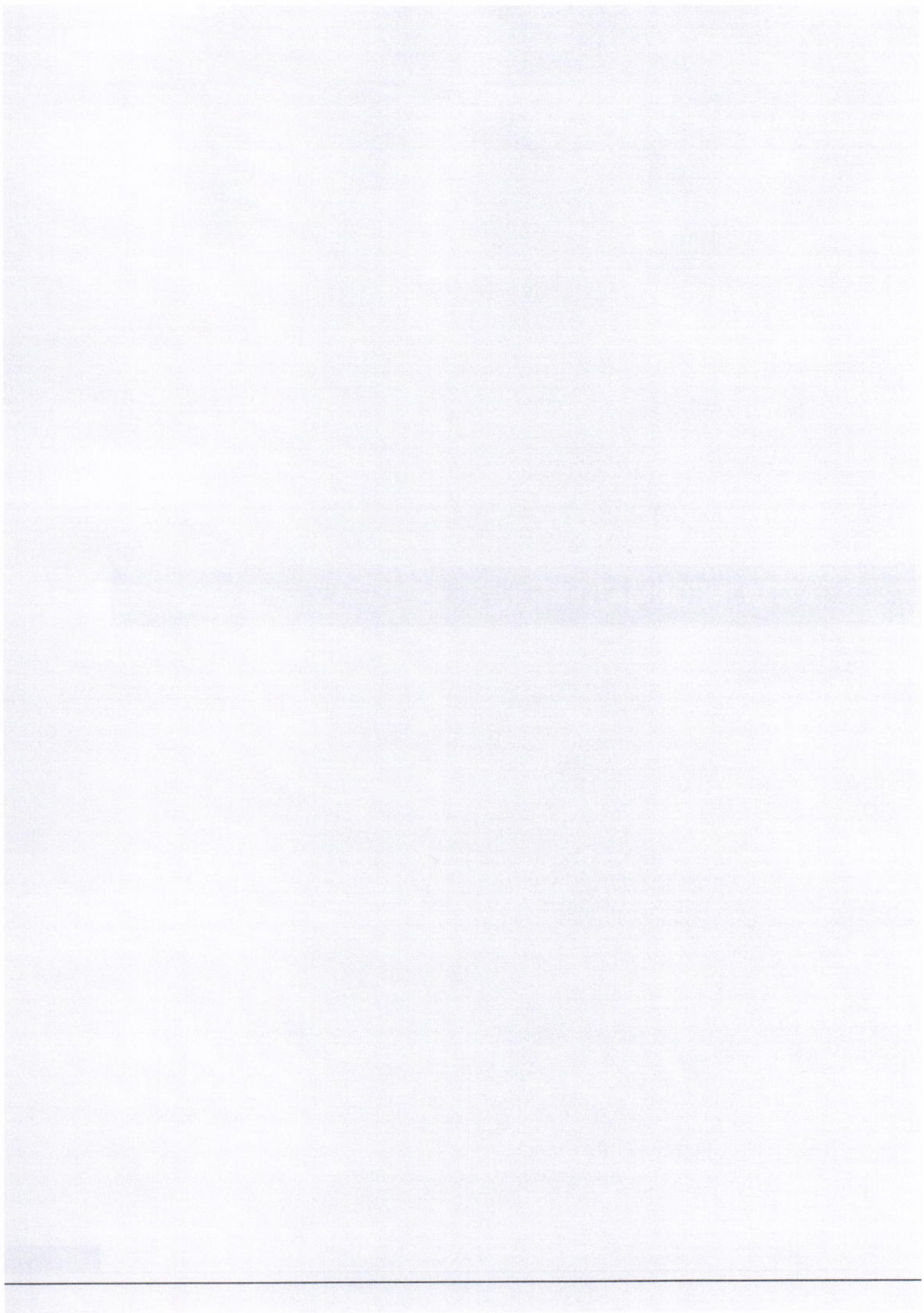
UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Nota informativa	Pagina
• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 8
1. Informazioni generali	2 di 8
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa	2 di 8
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 8
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2 di 8
4. Periodi di carenza contrattuali	3 di 8
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio Questionario Sanitario	3 di 8
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	4 di 8
7. Premi	4 di 8
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4 di 8
9. Diritto di recesso	4 di 8
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 8
11. Legislazione applicabile	4 di 8
12. Regime fiscale	4 di 8
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5 di 8
13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	5 di 8
14. Reclami	5 di 8
15. Arbitrato irrituale	5 di 8
• Glossario	6 di 8
 Condizioni di assicurazione	 Pagina
• Norme che regolano il contratto in generale	2 di 20
• Cosa fare in caso di sinistro	4 di 20
• Norme che regolano le singole Sezioni	9 di 20
• Sezione infortuni	9 di 20
• Sezione malattia	12 di 20
• Condizioni Particolari	14 di 20
• Norme di legge richiamate in polizza	18 di 20
 Informativa privacy	 Pagina
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 2



NOTA INFORMATIVA

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

Gentile Cliente, siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai 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'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- 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 sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle 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) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Im-

prese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

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 1.10 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio. Se le parti hanno invece pattuito la non rinnovabilità della polizza, il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'articolo 1.13 "Pattuizione della non rinnovabilità della polizza" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

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. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.9 "Garanzie prestate" - alle lettere A) B) C) O) E) delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione infortuni".
- 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 4.1 "Garanzie prestate" - lettera A) - indennità per ricovero a seguito di Malattia - delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia".

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 "Norme che regolano il contratto in generale", "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia" 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 "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Infortuni e Sezione Malattia" 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 e 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

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 dello scoperto e del limite della somma assicurata su garanzia Rimborso Spese Mediche:

1° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 300,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 300,00 - € 40,00 = € 260,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

2° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 4.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 4.000,00 - € 250,00 = € 3.750,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al massimo non indennizzabile)

3° esempio

Somma assicurata per Rimborso Spese Mediche: € 5.000,00

Spese effettivamente sostenute per Rimborso Spese Mediche: € 7.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 40,00 ed il massimo di € 250,00.

Rimborso da liquidare: € 5.000,00, in quanto l'importo delle spese sostenute detratto lo scoperto previsto (€ 7.000,00 - € 250,00 = € 6.750,00) risulta superiore alla somma assicurata in polizza

Avvertenza: le coperture Infortuni e Malattia sono prestate fino alla scadenza annuale del premio successiva al compimento da parte dell'Assicurato del settantacinquesimo anno di età o del manifestarsi delle gravi affezioni previste dall'articolo 1.11 "Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione" delle Norme che regolano il contratto in generale, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: la copertura Indennità per ricovero da Malattia è prestata con i termini di carenza previsti dall'articolo 4.2 "Termini di aspettativa e decorrenza della garanzia" delle "Norme che regolano le singole Sezioni - Sezione Malattia", al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'articolo 1.1

“Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle Norme che regolano il contratto in generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta la garanzia Indennità per ricovero da Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che diminuiscono o aggravano il rischio e delle variazioni nella professione. Si rinvia agli articoli 1.5 “Aggravamento del rischio” e 1.6 “Diminuzione del rischio” delle “Norme che regolano il contratto in generale”.

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 professionale di “Addetto al call-center” (riconducibile alle “Attività a Bassa Rischiosità”) 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” (riconducibile alle “Attività a Media Rischiosità”) 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” (riconducibile alle “Attività ad Alta Rischiosità”). Successivamente, nel corso del contratto, uno degli Assicurati decide di interrompere la propria attività e di andare in pensione (“Pensionato” riconducibile alle “Attività a Bassa Rischiosità”). 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.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 1.3 “Decorrenza della garanzia e pagamento del premio” e 1.4 “Frazionamento del premio” delle Norme che regolano il contratto in generale.

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. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed il relativo premio, non sono soggetti ad adeguamento automatico.

9. 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 per sinistro” delle “Norme che regolano il contratto in generale” 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. Si rinvia all'articolo 1.10 “Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione” delle “Norme che regolano il contratto in generale” per gli aspetti di dettaglio.

10. 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).

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. 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 14 "Assicurazione per l'infortunio del quale sia civilmente responsabile il Contraente" delle Condizioni Particolari a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio).

C.INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. 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 tre 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.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

• **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 tre 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.

Per gli aspetti di dettaglio delle modalità e termini per la denuncia e delle procedure di accertamento e liquidazione del danno si rinvia all'articolo 2.1 "Obblighi in caso di sinistro" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

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.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** - Via del-

la Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.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'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS 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 sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.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'IVASS, 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'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

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. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda all'articolo 2.13 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

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

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono 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.

Anno: periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

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.

Classe di rischio: insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

Contraente: soggetto che stipula il contratto di assicurazione.

Convalescenza: il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio a termini di polizza.

Corpi speciali: intendendosi per tali i Corpi Militari e/o delle Forze dell'Ordine che tra le loro mansioni prevedono una o più delle seguenti attività:

- paracadutismo
- attività subacquee in genere
- scalata di rocce o di ghiacciai
- pilota o membro dell'equipaggio di aeromobili
- speleologia

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico o riabilitativo che non richiedono la necessità di ricovero ma, per loro natura e complessità l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continua.

Difetto fisico/malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione sanitaria: gli originali della cartella clinica

e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla 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.

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 che è esclusa dall'indennizzo, espressa in percentuali di invalidità permanente o in giorni per le indennità e le inabilità temporanee o in importo 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: stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulolegamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico. Rimangono pertanto esclusi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati.

Inabilità temporanea: perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato ad attendere all'attività dichiarata in polizza.

Indennizzo: 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, una inabilità temporanea e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Intervento chirurgico: atto medico avente una diretta finalità terapeutica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa, nonché le riduzioni incruente di fratture o lussazioni. Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.