

Assicurazione Infortuni



Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: “INFORTUNI MEDICI TIROCINANTI, MEDICI
CORSISTI, MEDICI ABILITATI E SPECIALIZZANDI”

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 – Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006 e 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, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.046.

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

Che tipo di assicurazione è?

A seguito di convenzione tra ScudoMedico, Prassi Broker e l'Agenzia, questa polizza offre una copertura assicurativa ad adesione contro gli Infortuni riportati in servizio e per causa di servizio, relativamente ai medici tirocinanti che effettuano un corso regionale triennale in medicina generale, ai medici corsisti, ai medici abilitati e agli specializzandi.



Che cosa è assicurato?

✓ **INFORTUNI:** indennizzo di Infortuni subiti dall'Assicurato che abbiano per conseguenza la Morte e l'Invalidità Permanente, riportati in servizio e per causa di servizio, incluso il rischio in itinere, relativamente all'attività di formazione svolta nell'ambito del Concorso di cui al Ministero della Salute 7 marzo 2006, art. 18, pubblicato sulla G.U. n. 60 del 13/03/2006 serie generale, ai sensi e nei limiti di cui al D.Lgs. 368/99 così come modificato dal D.Lgs. 277 del 8/07/2003, e successive modifiche e integrazioni, nonché per le attività professionali svolte dai medici corsisti, laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione che frequentano apposito corso post laurea riconosciuto a livello nazionale, ai medici abilitati all'esercizio della professione e agli specializzandi ovvero medici neo-laureati iscritti ad una specifica scuola di specializzazione ad accesso programmato disposto dal Miur e accreditate ai sensi dei decreti ministeriali di riordino del 04/02/2015 n° 68 e del 13/06/2017 n° 402 e s.m.i.

Elenco delle specializzazioni assicurabili:

Allergologia ed Immunologia Clinica, Anatomia patologica, Andrologia, Angiologia, Audiologia e foniatria, Biochimica e chimica clinica, Biologia, Dermatologia e Venereologia, Diabetologia e malattie metaboliche, Ematologia, Endocrinologia e malattie del ricambio, Epatologia, Farmacologia, Foniatria e Audiologia, Gastroenterologia, Genetica medica (esclusa la medicina prenatale), Geriatria, Igiene e medicina preventiva, Immunologia, Malattie dell'apparato respiratorio Pneumologia, Malattie infettive, Medicina del lavoro, Medicina dello sport, Medicina di base, Medicina di continuità, Medicina d'urgenza, Medicina fisica e riabilitativa Fisiatria, Medicina generale, Medicina interna, Medicina legale e delle assicurazioni, Medicina nucleare, Medicina termale, Medicina tropicale, Microbiologia e Virologia, Nefrologia, Neurofisiopatologia, Neurologia, Neuropsichiatria anche infantile, Oftalmologia, Oncologia, Ortognatodonzia con implantologia Odontoiatria, Ortognatodonzia senza implantologia, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Patologia clinica, Pediatria esclusi pazienti primi 60 giorni, Pediatria inclusi pazienti primi 60 giorni, Psichiatria Clinica Psichiatrica, Psicologia clinica, Radiodiagnostica, Radioterapia, Reumatologia, Scienza dell'alimentazione Dietologia, Tossicologia medica, Urologia, Veterinaria.

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

GARANZIE OPZIONALI

Condizioni aggiuntive [a pagamento]:

Malattie in servizio e per causa di servizio / Estensione per Rischio HIV / Indennità per ricovero a seguito di Infortunio.

[per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni.
- ✗ Non sono altresì assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o dalle seguenti infermità mentali sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.
- ✗ Non sono oggetto di copertura gli infortuni causati da atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e da atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti
- ✗ Non sono assicurate le conseguenze di infortuni subiti al di fuori dell'esercizio dell'attività professionale contrattualmente dichiarata.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicate Franchigie (espresse in cifra fissa) indicate nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie opzionali) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi di infortunio:

INFORTUNI: da guida di qualsiasi veicolo o natante a motore e l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; da ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore; da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio; da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni; guerra e insurrezioni; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale per il mondo intero



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio. Le dichiarazioni inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio, comprensivo di imposte, deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa tramite bonifico bancario su c/c intestato a Prassi Broker Srl - IBAN IT 95 B031 2714 4000 0000 0003 669 – Unipol Banca SpA - indicando generalità, destinatario e causale: Cognome e nome del medico assicurato, Infortuni Tirocinanti, IBAN ordinante e n° del modulo di adesione se presente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha durata annuale con tacito rinnovo e ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento del pagamento sbf a Prassi Broker s.r.l. nonché di tutta la documentazione precontrattuale firmata e compilata in ogni sua parte. Nel caso di pagamento di minor premio rispetto a quello dovuto l'assicurazione resta sospesa fino all'avvenuta integrazione. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UnipolSai al pagamento dei Premi scaduti.



Come posso disdire la polizza?

Se non è presente la garanzia malattia, dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, puoi recedere dall'assicurazione dandone preventiva comunicazione scritta a UnipolSai mediante lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni rispetto alla data di efficacia del recesso. Nel caso in cui la polizza abbia durata poliennale, hai comunque facoltà di recedere senza oneri dal contratto al termine di ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata, spedita almeno trenta giorni prima della scadenza.

Assicurazione Infortuni

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: INFORTUNI MEDICI TIROCINANTI, MEDICI
CORSISTI, MEDICI ABILITATI E SPECIALIZZANDI

Data: 24/07/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, sede legale in Italia, Via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna recapito telefonico: 051.5077111, sito internet: www.unipolsai.it, indirizzo email: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Società iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, 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, soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol,), iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.765,85 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.321,61 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 2.788,51 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.254,83 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.057,07 milioni e ad € 6.889,4 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 2,53 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Malattie in servizio e per causa di servizio	L'assicurazione viene estesa alle malattie riportate in servizio e per causa di servizio che abbiano come conseguenza la morte o la invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del contratto.
Estensione per rischio HIV	La garanzia assicurativa è operante anche per il contagio da virus HIV avvenuto a seguito di infortunio durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta contrattualmente.
Indennità per ricovero a seguito di infortunio	La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza: <ul style="list-style-type: none"> • un Ricovero; • un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicate Franchigie contrattualmente indicate e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Invalidità permanente da infortunio: la liquidazione verrà effettuata con le seguenti modalità:

- nessuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino ad € 130.000,00

- sulla parte di somma assicurata oltre € 130.000,00 e fino ad € 210.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 5%.

- sulla parte di somma assicurata oltre € 210.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 10%.

Invalidità permanente da malattia: non verrà effettuato nessun indennizzo quando l'invalidità accertata sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Per quanto riguarda l'**estensione per contagio da HIV**, non verrà effettuato nessun indennizzo per invalidità permanente quando l'invalidità accertata sia di grado pari o inferiore al 20% della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Sinistri Catastrofici: nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente, in conseguenza di un unico evento, più assicurati, sia con la presente polizza che con altre stipulate con la Compagnia dal medesimo Contraente riguardanti gli stessi e/o altri Assicurati e per la medesima tipologia di rischio, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 775.000,00.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia del sinistro: in caso di sinistro, l'Assicurato - o gli aventi diritto - deve darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure a UnipolSai entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza e/o la possibilità con le modalità contrattualmente previste. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non sono presenti prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da Enti/Strutture convenzionate con UnipolSai.
	Gestione da parte di altre imprese: Non presente.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	UnipolSai, valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro quindici giorni.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	A seguito di Recesso dal contratto per ripensamento, entro 30 giorni dal ricevimento della raccomandata/mail di recesso la Prassi Broker srl rimborsa il Premio, al netto degli oneri fiscali. A seguito di Recesso dal contratto per Sinistro, entro 15 giorni dalla data di efficacia del Recesso, UnipolSai rimborsa la parte di Premio, al netto degli oneri fiscali, relativa al periodo di Rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Sospensione	<i>Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</i>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Puoi recedere dalle coperture assicurative entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione, dandone comunicazione alla Prassi Broker srl a mezzo lettera Raccomandata anche pec indirizzata a: Prassi Broker srl - Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni oppure tramite posta certificata all'indirizzo prassibrokersrl@pec.it.</i>
Risoluzione	<i>Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.</i>



A chi è rivolto il presente contratto?

Il presente contratto è rivolto a persone fisiche, relativamente alle attività di medici tirocinanti che effettuano un corso regionale triennale in medicina generale, di medici corsisti e di specializzandi. E' presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi infortuni.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 23,00% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p><i>Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a:</i> <i>UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti</i> <i>Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI)</i> <i>Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipolsai.it.</i> <i>Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.</i> <i>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</i> <i>E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.</i> <i>I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.</i> <i>Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.</i> <i>Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).</i></p>
All'IVASS	<p><i>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it.</i> <i>Info su: www.ivass.it.</i> <i>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</i> <i>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</i></p>

	<p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</p> <p>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>- Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulle sue conseguenze possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</p> <p>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p>

AVVERTENZA:

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



il tuo lavoro

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Infortunati Medici tirocinanti, Medici corsisti, Medici abilitati e Specializzandi

Mod. 3414 - Ed. 24/07/2019

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

Nota informativa	pagina
• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 10
1. Informazioni generali	2 di 10
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 10
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 10
3. Informazione relativa ai contratti stipulati a distanza - Informazioni generali	2 di 10
4. Informazione relativa ai contratti stipulati a distanza - Pagamento del premio	3 di 10
5. Soggetti Assicurabili	3 di 10
6. Adesione alla polizza	3 di 10
7. Coperture assicurative - Limiti ed esclusioni	3 di 10
8. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	4 di 10
9. Premi	4 di 10
10. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4 di 10
11. Diritto di recesso	4 di 10
12. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	5 di 10
13. Legislazione applicabile	5 di 10
14. Regime fiscale	5 di 10
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5 di 10
15. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	5 di 10
16. Reclami	5 di 10
17. Arbitrato irrituale	6 di 10
• Glossario	7 di 10
Condizioni di assicurazione	2 di 15
• Convenzione e clausola broker	2 di 15
• Soggetti assicurabili	2 di 15
• Modalità di adesione al contratto	2 di 15
• Norme che regolano il contratto in generale	3 di 15
• Cosa fare in caso di sinistro	5 di 15
• Norme che regolano le Sezioni	7 di 15
• Norme di legge richiamate in polizza	10 di 15
Informativa privacy	1 di 2

Nota informativa	pagina
• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 10
1. Informazioni generali	2 di 10
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 10
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 10
3. Informazione relativa ai contratti stipulati a distanza - Informazioni generali	2 di 10
4. Informazione relativa ai contratti stipulati a distanza - Pagamento del premio	3 di 10
5. Soggetti Assicurabili	3 di 10
6. Adesione alla polizza	3 di 10
7. Coperture assicurative - Limiti ed esclusioni	3 di 10
8. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	4 di 10
9. Premi	4 di 10
10. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4 di 10
11. Diritto di recesso	4 di 10
12. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	5 di 10
13. Legislazione applicabile	5 di 10
14. Regime fiscale	5 di 10
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5 di 10
15. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	5 di 10
16. Reclami	5 di 10
17. Arbitrato irrituale	6 di 10
• Glossario	7 di 10
Condizioni di assicurazione	2 di 15
• Convenzione e clausola broker	2 di 15
• Soggetti assicurabili	2 di 15
• Modalità di adesione al contratto	2 di 15
• Norme che regolano il contratto in generale	3 di 15
• Cosa fare in caso di sinistro	5 di 15
• Norme che regolano le Sezioni	7 di 15
• Norme di legge richiamate in polizza	10 di 15
Informativa privacy	1 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 SPA 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 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 Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2012.

Patrimonio netto: € 1.627.332.680,00

Capitale sociale: € 1.194.572.974,00

Totale delle riserve patrimoniali: € 432.759.706,00

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 133,3%; 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 1.20 "Proroga dell'assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

3 Informazioni relative ai contratti stipulati a distanza - Informazioni generali

Il contratto sarà stipulato tra il Contraente e la Società per il tramite dell'Intermediario autorizzato dalla Società stessa nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dall'Intermediario che, per tale contratto, impiega esclusivamente la tecnica di comunicazione del sito web o quella del call center, fino alla conclusione del contratto.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" si intende qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Intermediario e del Contraente, venga impiegata per la conclusione del contratto. Per "supporto durevole" si intende qualunque strumento che permetta al Contraente di memorizzare le informazioni a lui dirette, in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato e che consente la riproduzione immutata delle informazioni stesse.

Il Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 concernente la disciplina dell'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa, all'articolo 59 comma 2, lett. d), richiamando l'articolo 8 del Regolamento ISVAP n. 34, stabilisce che gli Intermediari nello svolgimento dell'attività di intermediazione tramite tecniche di comunicazione a distanza, devono informare il Contraente che, fatti salvi gli obblighi relativi alla disciplina vigente, il contratto è assoggettato anche

alle norme di cui agli artt. 67 quater, 67 quinquies, 67 sexies, 67 septies, 67 octies del Decreto legislativo del 6 settembre 2005, n. 206 (Codice del consumo). Inoltre l'Intermediario deve informare il Contraente che, prima della stipulazione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e/o inviare su supporto cartaceo o su altro supporto durevole:

- la documentazione precontrattuale (proposta, preventivo, fascicolo informativo);
- la documentazione contrattuale (polizza, per l'apposizione della sottoscrizione»
- le comunicazioni in corso di contratto previste dalla normativa vigente.

Tale scelta deve essere effettuata in maniera esplicita e può essere espressa congiuntamente o disgiuntamente per ciascuna delle categorie di documenti sopra indicati. In ogni caso il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione a distanza in ogni momento.

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua.

Il contratto di assicurazione verrà trasmesso su supporto cartaceo, tramite posta, salvo diversa scelta del Contraente.

In caso di utilizzo di call center, il Contraente ha il diritto di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal call center indicandone il nominativo e le funzioni.

4. Informazioni relative ai contratti stipulati a distanza - Pagamento del premio

Il premio può essere pagato con le modalità consentite dalla legge e precisate all'Intermediario con cui è concluso il contratto a distanza.

Il sistema di acquisto con carta di credito via web, ove previsto, viene effettuato in condizioni di sicurezza. Si raccomanda al Contraente di non indicare per nessuna ragione i dati della propria carta di credito sulla documentazione o sulle comunicazioni da inviare all'Intermediario.

5. Soggetti Assicurabili

I medici tirocinanti che effettuano il corso regionale triennale in medicina generale, ex Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, come modificato e integrato dal Dlgs 8 luglio 2003, n. 277 e s.m.i., se iscritti nelle liste degli Amici di Scudo Medico quali partecipanti all'attività di formazione in medicina generale svolta nell'ambito del Concorso di cui alla normativa nazionale e ai singoli bandi regionali.

L'assicurazione si intende altresì prestata ai medici corsisti laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione che frequentano apposito corso post laurea riconosciuto a livello nazionale, ai medici abilitati all'esercizio della professione e agli specializzandi ovve-

ro medici neo-laureati iscritti ad una specifica scuola di specializzazione ad accesso programmato disposto dal Miur e accreditate ai sensi dei decreti ministeriali di riordino del 04/02/2015 n° 68 e del 13/06/2017 n° 402 e s.m.i. Elenco delle specializzazioni assicurabili:

- Allergologia ed Immunologia Clinica
- Anatomia patologica
- Andrologia
- Angiologia
- Audiologia e foniatría
- Biochimica e chimica clinica
- Biologia
- Dermatologia e Venereologia
- Diabetologia e malattie metaboliche
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del ricambio
- Epatologia
- Farmacologia
- Foniatria e Audiologia
- Gastroenterologia
- Genetica medica (esclusa la medicina prenatale)
- Geriatria
- Igiene e medicina preventiva
- Immunologia
- Malattie dell'apparato respiratorio Pneumologia
- Malattie infettive
- Medicina del lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina di base
- Medicina di continuità
- Medicina d'urgenza
- Medicina fisica e riabilitativa Fisiatria
- Medicina generale
- Medicina interna
- Medicina legale e delle assicurazioni
- Medicina nucleare
- Medicina termale
- Medicina tropicale
- Microbiologia e Virologia
- Nefrologia
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria anche infantile
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortognatodonzia con implantologia Odontoiatria
- Ortognatodonzia senza implantologia Odontoiatria
- Otorinolaringoiatria
- Patologia clinica
- Pediatria esclusi pazienti primi 60 giorni
- Pediatria inclusi pazienti primi 60 giorni
- Psichiatria Clinica Psichiatrica
- Psicologia clinica
- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Reumatologia
- Scienza dell'alimentazione Dietologia
- Tossicologia medica
- Urologia
- Veterinaria

6. Adesione alla polizza

Il medico, per aderire alla polizza, deve compilare in ogni sua parte il "Modulo di proposta di adesione" predisposto dal Broker.

Il "Modulo di proposta di adesione" è disponibile sui seguenti siti internet:

Prassi Broker Srl www.prassibroker.it;

Scudo Medico: www.scudomedico.it

e, una volta compilato, deve essere inviato al Broker.

La copertura assicurativa avrà durata annuale, con tacito rinnovo, e avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento del pagamento sbf a Prassi Broker Srl nonché di tutta la documentazione precontrattuale firmata e compilata in ogni sua parte.

Nel caso di pagamento di minor premio rispetto a quello dovuto l'assicurazione si intenderà sospesa fino all'avvenuta integrazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al paragrafo "Modalità di adesione - pagamento del premio" di cui alle condizioni generali di assicurazione del presente fascicolo.

7 Coperture assicurative

L'assicurazione è prestata esclusivamente a favore degli Assicurati per infortuni che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente - riportati in servizio e per causa di servizio, relativamente all'attività di formazione svolta nell'ambito del Concorso di cui al Ministero della Salute 7 marzo 2006, art. 18, pubblicato sulla G.U. n. 60 del 13/03(2006 serie generale, ai sensi e nei limiti di cui al D.Lgs. 368199 così come modificato dal D.Lgs. 277 del 8/07/2003, e successive modifiche e integrazioni.

Le garanzie possono essere estese al rischio da virus HIV, contratto a seguito di infortunio, e alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio purché l'estensione, richiesta dalla regione interessata, e il capitale relativo al caso morte ed invalidità permanente vengano espressamente indicati, e purché venga corrisposto il relativo premio da parte dell'Assicurato.

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.

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.

8. 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 della 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 due ipotesi di circostanze rilevanti che determinano la modificazione 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.

9. Premi

Il premio ottenuto compilando il "Modulo di proposta di adesione" e riportato sullo stesso, deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa a Prassi Broker Srl nelle seguenti modalità:

bonifico bancario su c/c intestato a Prassi Broker Srl IBAN IT 95 B031 2714 4000 0000 0003 669 - Unipol Banca SpA - indicando generalità, destinatario e causale: Cognome e nome del medico assicurato, Infortuni Tirocinanti, IBAN ordinante e n° del modulo di adesione se presente.

10. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

11. 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 fin 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 1.16 "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.

Avvertenza: Diritto di recesso nei primi 15 giorni L'Assicurato può recedere dalle coperture assicurati ve entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione, dandone comunicazione alla Prassi Broker srl a mezzo lettera Raccomandata anche pec indirizzata a: Prassi Broker srl - Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni, oppure tramite posta certificata all'indirizzo prassibrokersrl@pec.it. Entro 30 giorni dal ricevimento della raccomandata/mail di recesso, la Prassi Broker srl, rimborsa all'Assicurato il premio eventualmente versato, al netto delle eventuali imposte sulle assicurazioni.

12. 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).

13. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

14. 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

15. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: 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 al Broker alla quale è assegnata la polizza oppure all'Agenzia 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 Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

16. 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 della 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 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.it - www.unipolsai.com.

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.

17. 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.

Agenzia: l'Agenzia UNIPOLSAITERNI ASSISTUDIO Srl.

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.

Broker: PRASSI BROKER Srl iscritto al rui sezione B n° B000391034.

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.

Convenzione: accordo tra ScudoMedico, Prassi Broker Srl, in qualità di Broker assicurativo esclusivo di ScudoMedico l'Agenzia UnipolSai Assicurazioni di Terni - ASSISTUDIO srl con cui le parti si propongono di offrire ai medici tirocinati la possibilità di sottoscrivere una copertura assicurativa di responsabilità civile.

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 capsulo-legamentose 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.

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

Invalidità Permanente: specifica perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

Istituto 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 comprensiva della Scheda di Dimissione Ospedaliera. Agli effetti contrattuali, non sono considerati Istituti di Cura: gli stabilimenti termali; le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche e di medicina non convenzionale; 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.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

Lavoro aereo e attività pericolose di volo: intendendosi per tali le attività di volo comunque svolte per: voli di ambulanza con ala fissa - addestramento - passaggio macchina - lancio paracadutisti - traino alianti - traino striscioni - riprese aeree, cinefotogrammatiche - osservazione senza impianti fissi - lancio manifestini - radio misure - calibrazione apparati di terra

per navigazione aerea - presentazione, esibizione, dimostrazione collaudo - voli prova - sorveglianza linee elettriche/condotte - soccorso e salvataggio anche con utilizzo del verricello - eliambulanza - gare acrobatiche - tentativi di primato - trasporto cose al gancio baricentrico - posa materiali - Off-shore - supporto pesca - appontaggio navi - spegnimento incendi.

Lavoro manuale: personale e diretta partecipazione dell'Assicurato alla materiale esecuzione di lavori.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o (parti) di suoi organi con origine o predisposizione prenatale. Ha origine genetica oppure ambientale come anomalia dello sviluppo embrionale.

Periodo di assicurazione - Annualità assicurativa:
- in caso di polizza di durata inferiore a trecentosessantacinque 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 trecentosessantacinque 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 trecentosessantacinque giorni (trecentosessantasei negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza: documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Questionario sanitario: il documento che raccoglie le dichiarazioni dell'Assicurato sul suo stato di salute. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni, in esso rilasciate, che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retribuzione: tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni oltre lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata.

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

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Sci alpinismo: la pratica dello sci con ascensioni ed escursioni in montagna – senza l'utilizzo degli impianti di risalita – caratterizzate da notevole dislivello e discese fuori pista distanti dalle piste battute, escluso quanto previsto dall'attività di sci estremo.

Sci alpino: la pratica dello sci anche con discese fuoripista purché effettuate nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

Sci estremo: la discesa con sci, comunque effettuata, su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

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

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Snowboard: attività sportiva che prevede la discesa di una pista innevata su di una tavola che viene direzionata piegando le ginocchia e spostando il peso; anche se praticata fuoripista - purché effettuata nelle zone immediatamente adiacenti le piste battute servite da impianti di risalita.

La pratica dello snowboard si divide in:

- Disciplina Hard, intendendosi per tale la discesa effettuata in campo libero, nonché lo slalom praticato nelle varie forme.
- Discipline Soft, intendendosi per tali:- Half Pipe: gli atleti si misurano con un "canalone" artificiale eseguendo vari tipi di figure ruotando sia sull'asse verticale che su quella orizzontale.
- Snowboardcross: gli atleti scendono in gruppo su un percorso comune contraddistinto da ostacoli quali salti, gobbe, cunette, curve paraboliche e in alcuni casi da oggetti come piscine.
- Freeriding estremo: gli atleti scendono da pendii con inclinazioni superiori a 55 gradi.

Società: l'Impresa Assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sottoscrittore Convenzione: SCUDOMEDICO che, per mezzo del suo legale rappresentante, stipula la Convenzione; nessun vincolo contrattuale ricade o potrà ricadere su SCUDOMEDICO, ma solo ed esclusivamente in capo ai singoli medici aderenti alla Convenzione stessa, attraverso il relativo "Modulo di proposta di adesione".

Sport ad alto rischio: intendendosi per tali quelli di seguito indicati: alpinismo con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali che prevedano combattimenti con contatto fisico, football americano, free-climbing, discesa di rapide, rafting, sollevamento pesi, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, scialpinismo, sci estremo, discipline soft di snowboard, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, bungeejumping (salto con l'elastico), kite-surf.

Sport aerei: intendendosi per tali quelli effettuati anche in qualità di pilota con:

- aeromobili di peso non superiore a MTOM (Kg) 2700 sia con ala fissa, sia con ala rotante;- alianti, motoa- lianti, aerostati e dirigibili;
- apparecchi per il Volo ULM (ultraleggeri);
- apparecchi e/o attrezzi per il Volo da Diporto Sportivo o Volo Libero (quali a titolo esemplificativo e non limitativo deltaplani, paramotori e parapendii). È inoltre considerato sport aereo la pratica del paracadutismo.

Sport agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI la cui pratica preveda allenamenti o prove finalizzate alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o manifestazioni sportive, purché non rientranti nell'ambito di sport professionistici. In tale classificazione di attività sportiva, l'eventuale presenza di remunerazione – in premi o in denaro – è ammessa purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e/o continuativa e comunque da considerarsi del tutto marginale ad altra fonte di reddito principale e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente a titolo di "una tantum" e/o rimborso delle spese sostenute.

Sport del tempo libero: intendendosi per tali quelli aventi finalità strettamente ricreative anche se effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI. L'infortunio verrà considerato come avvenuto nell'ambito della pratica di sport del tempo libero qualora si sia verificato durante allenamenti o prove non specificatamente finalizzati alla partecipazione, saltuaria o continuativa, a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.

Sport motonautici: intendendosi per tali quelli praticati con moto d'acqua, idromoto, motoscafi o barche a motore conformi alle regole stabilite dalla UIM (Unione Internazionale Motonautica) o dall'autorità nazionale; escluse comunque le gare di Off-shore.

Sport motoristici: intendendosi per tali quelli praticati con autoveicoli o motoveicoli su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare e/o allena-

menti con l'utilizzo dei predetti veicoli. Sono escluse le gare Sprint e Grasstrack, nonché quelle effettuate con Monoposto, Prototipi, Dragster e Stock-car.

Sport professionistici: intendendosi per tali quelli svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisca fonte di reddito e nell'ambito di discipline

regolamentate dal CONI.

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".

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

Ed. 24/07/2019

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato**

(Carlo Cimbri)



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONVENZIONE E CLAUSOLA BROKER

Premesso che ScudoMedico, Prassi Broker Srl e l'Agenzia hanno concluso una Convenzione che ha lo scopo di offrire ai medici tirocinanti così come specificati nel presente testo, la possibilità di sottoscrivere coperture assicurative si prende atto che la gestione della Convenzione è affidata a Prassi Broker Srl, pertanto tutti i rapporti inerenti alla Convenzione saranno svolti per conto di ScudoMedico, sottoscrittore della Convenzione, dal Broker stesso.

Per quanto concerne gli incassi dei premi, essi verranno effettuati dal Broker.

Il Broker provvederà al versamento del premio all'Agenzia. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche ai sensi dell'art. 1901 Cod. Civ., dei pagamenti effettuati dai singoli Assicurati, quietanzati dal Broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, nel nome e per conto del Sottoscrittore SCUDOMEDICO, si intenderà come fatta dal Sottoscrittore stesso. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Sottoscrittore SCUDOMEDICO al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia, purché ciò non comporti variazioni nelle Condizioni di Polizza.

SOGGETTI ASSICURABILI

I medici tirocinanti che effettuano il corso regionale triennale in medicina generale, ex Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, come modificato e integrato dal Dlgs 8 luglio 2003, n. 277 e s.m.i., se iscritti alle liste Amici di Scudo Medico quali partecipanti all'attività di formazione in medicina generale svolta nell'ambito del Concorso di cui alla normativa nazionale e ai singoli bandi regionali, L'assicurazione si intende altresì prestata ai medici corsisti laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione che frequentano apposito corso post laurea riconosciuto a livello nazionale, ai medici abilitati all'esercizio della professione e agli specializzandi ovvero medici neo-laureati iscritti ad una specifica scuola di specializzazione ad accesso programmato disposto dal Miur e accreditate ai sensi dei decreti ministeriali di riordino del 04/02/2015 n° 68 e del 13/06/2017 n° 402 e s.m.i. Elenco delle specializzazioni assicurabili:

- Allergologia ed Immunologia Clinica
- Anatomia patologica
- Andrologia
- Angiologia
- Audiologia e foniatría
- Biochimica e chimica clinica
- Biologia
- Dermatologia e Venereologia
- Diabetologia e malattie metaboliche
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del ricambio
- Epatologia
- Farmacologia
- Foniatria e Audiologia
- Gastroenterologia
- Genetica medica (esclusa la medicina prenatale)
- Geriatria

- Igiene e medicina preventiva
- Immunologia
- Malattie dell'apparato respiratorio Pneumologia
- Malattie infettive
- Medicina del lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina di base
- Medicina di continuità
- Medicina d'urgenza
- Medicina fisica e riabilitativa Fisiatria
- Medicina generale
- Medicina interna
- Medicina legale e delle assicurazioni
- Medicina nucleare
- Medicina termale
- Medicina tropicale
- Microbiologia e Virologia
- Nefrologia
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria anche infantile
- Oftalmologia
- Oncologia
- Ortognatodonzia con implantologia Odontoiatria
- Ortognatodonzia senza implantologia Odontoiatria
- Otorinolaringoiatria
- Patologia clinica
- Pediatria esclusi pazienti primi 60 giorni
- Pediatria inclusi pazienti primi 60 giorni
- Psichiatria Clinica Psichiatrica
- Psicologia clinica
- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Reumatologia
- Scienza dell'alimentazione Dietologia
- Tossicologia medica
- Urologia
- Veterinaria

COME ADERIRE

Per aderire alla polizza occorre scaricare dal sito www.prassibroker.it i moduli di adesione e tutto il corredo documentale consistente in:

- Modulo di adesione, autorizzazione privacy UnipolSai Assicurazioni, privacy Prassi Broker Srl, mandato di intermediazione,
- Allegato 3 e 4,
- modulo coerenza e inviare tutta la documentazione compilata e sottoscritta con le seguenti modalità
 - Tramite sito www.prassibroker.it
 - via fax al numero 06.44.23.38.95
 - via email a rcpscudomedico@prassibroker.it
 - via posta ordinaria a Prassi Broker Srl - Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni.

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento del premio va effettuato attraverso bonifico bancario intestato a:

**Prassi Broker Srl, Via A. Floriano, 10 - 05100 Terni
IBAN: IT 95 B031 2714 4000 0000 0003 669.**

Art. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dal dichiarare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Tuttavia in caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato dovranno darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ..

Art. 1.3 Esonero dal denunciare difetti fisici, mutilazioni e sinistri precedenti

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni rilevanti di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire

Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni rilevanti, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se avesse colpito una persona fisicamente integra, fermo il disposto delle Condizioni Generali.

Il Contraente è inoltre esonerato dalla denuncia di sinistri precedenti.

Art. 1.4 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 Aggravamento del rischio

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

Art. 1.6 Diminuzione del rischio

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

Art. 1.7 Rinvio alle norme di legge - Foro competente

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

Foro competente a dirimere eventuali controversie riguardanti l'esecuzione del contratto sarà esclusivamente l'Autorità Giudiziaria competente per territorio.

Art. 1.8 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 Cod. Civ., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 1.9 Rinuncia all'esecuzione provvisoria

Le Parti rinunciano espressamente a valersi del disposto degli artt. 282 e 648 del Codice di Procedura Civile.

Art. 1.10 Validità ed efficacia della polizza in aggiunta ad obblighi e trattamenti assicurativi

La presente polizza resterà valida ed efficace fra le Parti per l'intera durata convenuta, in aggiunta di ogni e qualsiasi obbligo assicurativo (a carico di chiunque) e trattamento (a favore dell'Assicurato), derivanti da leggi, regolamenti, accordi di categoria, contratti collettivi ed altri provvedimenti od atti.

Art. 1.11 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 1.12 Limiti Territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 1.13 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o dalle seguenti infermità mentali sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Art. 1.14 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Art. 1.15 Durata ed efficacia del contratto

La copertura assicurativa avrà durata annuale, con tacito rinnovo, e avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento del pagamento sbf a Prassi Broker s.r.l. nonché di tutta la documentazione precontrattuale firmata e compilata in ogni sua parte. Nel caso di pagamento di minor premio rispetto a quello dovuto l'assicurazione si intenderà sospesa fino all'avvenuta integrazione.

In caso di sinistri occorsi o in corso negli ultimi 5 anni, la copertura assicurativa avrà effetto solo a seguito di eventuale accettazione della proposta di adesione da parte della Società, che verrà comunicata dal broker incaricato entro 20 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione precontrattuale e della relazione sul/i sinistro/i. Per i medici già precedentemente assicurati con la presente polizza, con sinistri denunciati negli ultimi 5 anni, il rinnovo avverrà alle normali condizioni di polizza in base a quanto sta-

normativo. Esclusivamente nel caso in cui siano stati denunciati nuovi sinistri nell'annualità in corso, il rinnovo dovrà comunque essere sottoposto all'accettazione da parte della Società, secondo le modalità all'uopo previste per i medici con sinistri denunciati negli ultimi 5 anni e dopo che la Compagnia avrà ricevuto tutta la documentazione relativa al/i sinistro/i occorso/i.

Art. 1.16 Diritto di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza, e sino al sessantesimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti avrà diritto di recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Nel caso in cui a recedere sia l'impresa, verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusa soltanto l'imposta.

Art. 1.17 Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.18 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 1.19 Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 1.20 Diritto di recesso nei primi 15 giorni

L'Assicurato può recedere dalle coperture assicurate entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione, dandone comunicazione alla Prassi Broker srl a mezzo lettera Raccomandata anche pec indirizzata a: Prassi Broker srl - Via Annio Floriano, 5 - 05100 Terni, oppure tramite posta certificata all'indirizzo prassibrokersrl@pec.it. Entro 30 giorni dal ricevimento della raccomandata/mail di recesso, la Prassi Broker srl, rimborsa all'Assicurato il premio eventualmente versato, al netto delle eventuali imposte sulle assicurazioni.

Art. 2.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato - o gli aventi diritto - deve darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro 15 giorni da quando ne ha avuto conoscenza e/o la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 Cod. Civ.; l'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 Cod. Civ..

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico; tale comunicazione dovrà essere accompagnata da una dichiarazione rilasciata dalla A.S.L. di appartenenza, ad attestare la presenza in servizio dell'Assicurato. L'Assicurato o, in caso di morte, gli eredi testamentari o legittimi, devono consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 2.2 Modalità di liquidazione dell'indennizzo

La liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio verrà effettuata con le seguenti modalità:

- nessuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino ad € 130.000,00
- sulla parte di somma assicurata oltre € 130.000,00 e fino ad € 210.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 5%.
- sulla parte di somma assicurata oltre € 210.000,00 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente il 10%.

Tutto quanto sopra è da riferire alla somma garantita per ciascun Assicurato.

Agli effetti dell'applicazione delle franchigie di cui sopra verrà considerato il cumulo delle somme garantite per il medesimo Assicurato con tutte le polizze da chiunque stipulate con la Compagnia, anche qualora questa risulti Impresa Coassicuratrice relativamente alla quota assicurata.

Per quanto riguarda l'invalidità permanente causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, non verrà effettuato nessun indennizzo quando l'invalidità accertata sia di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente. Per quanto riguarda l'estensione per contagio da HIV, non verrà effettuato nessun indennizzo per invalidità permanente quando l'invalidità accertata sia di grado pari o inferiore al 20% della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 2.3 Maggiorazioni in caso di Invalidità permanente

Per invalidità permanenti accertate pari o superiori al

65% della totale invalidità, sarà corrisposto l'indennizzo del 100% senza applicare le detrazioni percentuali di cui sopra.

Art. 2.4 Anticipo sulla liquidazione per Invalidità permanente

L'Assicurato può richiedere alla Compagnia un anticipo sugli indennizzi per invalidità permanente, trascorsi almeno 90 giorni dalla data di presentazione della denuncia dell'infortunio, fino ad un massimo del 50% del presumibile indennizzo stesso, a condizione che la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Compagnia, in base alla documentazione acquisita, sia superiore al 30% della totale; tale valutazione provvisoria deve ritenersi non impegnativa rispetto alla definitiva valutazione del danno.

Le richieste di anticipo indennizzo potranno essere accolte dalla Compagnia a condizione che non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia.

Il pagamento degli anticipi sugli indennizzi sarà effettuato dalla Compagnia entro 30 giorni dalla data della richiesta avanzata dall'Assicurato, salvo il diritto della Compagnia stessa alla restituzione di quanto corrisposto, qualora emergessero successivamente fatti tali da invalidare, in tutto od in parte la garanzia assicurativa. Resta in ogni caso inteso che gli anticipi corrisposti saranno dedotti da quanto dovuto, al netto delle franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 2.5 Diritto all'indennizzo

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'Assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio dopo che i postumi invalidanti siano stati quantificati dal medico fiduciario della Compagnia o comunque già concordati in misura determinata, la Compagnia paga ai beneficiari designati o, in difetto di designazione agli eredi in parti uguali, l'indennizzo così spettante, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

Art. 2.6 Controversie sulla natura e/o conseguenze delle lesioni

Le divergenze sulla natura e/o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente da infortunio, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono 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 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 dall'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio 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 provvisionale 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, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 2.7 Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni. L'indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta italiana.

Art. 2.8 Sinistri Catastrofici (limitazioni della garanzia)

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente, in conseguenza di un unico evento, più assicurati, sia con la presente polizza che con altre stipulate con la Compagnia dal medesimo Contraente riguardanti gli stessi e/o altri Assicurati e per la medesima tipologia di rischio, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 775.000,00.

Qualora le indennità liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 3.1 Destinatari dell'Assicurazione

Destinatari - di seguito denominati Assicurati — delle garanzie tutte della presente polizza, sono I medici tirocinanti che effettuano il corso regionale triennale in medicina generale, ex Dlgs 17 agosto 1999, n. 368, come modificato e integrato dal Dlgs 8 luglio 2003, n. 277 e s.m.i., quali partecipanti all'attività di formazione in medicina generale svolta nell'ambito del Concorso di cui alla normativa nazionale e ai singoli bandi regionali. L'assicurazione si intende altresì prestata ai medici corsisti laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione che frequentano apposito corso post laurea riconosciuto a livello nazionale, ai medici abilitati all'esercizio della professione e agli specializzandi ovvero medici neo-laureati iscritti ad una specifica scuola di specializzazione ad accesso programmato disposto dal Miur e accreditate ai sensi dei decreti ministeriali di riordino del 04/02/2015 n° 68 e del 13/06/2017 n° 402 e s.m.i.

Art. 3.2 Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione è prestata a favore degli Assicurati per gli infortuni che abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente - riportati in servizio e per causa di servizio, relativamente all'attività di formazione svolta nell'ambito del Concorso di cui al Ministero della Salute 7 marzo 2006, art. 18, pubblicato sulla G.U. n. 60 del 13/03/2006 serie generale, ai sensi e nei limiti di cui al D.Lgs. 368/99 così come modificato dal D.Lgs. 277 del 8/07/2003, e successive modifiche e integrazioni nonché per le attività professionali svolte dai medici corsisti, laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione che frequentano apposito corso post laurea riconosciuto a livello nazionale, ai medici abilitati all'esercizio della professione e agli specializzandi ovvero medici neo-laureati iscritti ad una specifica scuola di specializzazione ad accesso programmato disposto dal Miur e accreditate ai sensi dei decreti ministeriali di riordino del 04/02/2015 n° 68 e del 13/06/2017 n° 402 e s.m.i. La copertura può essere estesa al rischio da virus HIV contratto a seguito di infortunio, ed alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio purché l'estensione e il capitale relativo al caso morte ed invalidità permanente vengano espressamente indicati, e purché venga corrisposto il relativo premio da parte dell'Assicurato.

Art. 3.3 Estensioni dell'Assicurazione

Sono altresì comprese in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo ivi comprese quelle discali e delle rotture sottocutanee dei tendini,
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;

- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.
- le affezioni conseguenti a punture di insetti o aracnidi e morsi di animali con esclusione comunque della malaria, del carbonchio e delle malattie tropicali.

Art. 3.4 Rischi Esclusi

Con riferimento alle garanzie prestate, l'assicurazione non è operante per gli infortuni causati:

- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- da ubriachezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la propria persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio; da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- guerra, insurrezioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 3.5 Limitazione ai rischi professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata e prevista dall'art. 3.1 destinatari dell'assicurazione.

Art. 3.6 Rischio in itinere

Resta inteso e convenuto che l'assicurazione vale anche durante il tempo necessario per compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro/attività e viceversa.

Art. 3.7 Criteri di Indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio o per le malattie contratte in servizio e per cause di servizio qualora tale garanzia venga attivata. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente sana e integra. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità permanente accertata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3.8 Morte per infortunio e morte presunta

In caso di:

- infortunio che abbia come conseguenza diretta la morte dell'Assicurato e questa si verifichi -anche successivamente alla scadenza della polizza - non oltre due anni dal giorno dell'infortunio;

- scomparsa dell'Assicurato a seguito di affondamento o naufragio di nave, sempreché ne sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo, ed il corpo dell'Assicurato non sia stato ritrovato entro un anno dalla data dell'incidente e siano comunque trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di "morte presunta" a termini degli artt. 60 e 62 del Cod. Civ.;

la Compagnia corrisponde, ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale indicato in polizza per il caso morte da infortunio.

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

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi non sono tenuti a rimborsare quanto eventualmente percepito in più ma hanno diritto a percepire la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato dalla Compagnia per invalidità permanente.

Art. 3.9 Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla cessazione del rapporto assicurativo - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida, un indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo le percentuali elencate nell'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino al 22 febbraio 2000, con rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali indicate nell'allegato 1 di cui sopra vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

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.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolare 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 pari alla somma delle singole

percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

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

Art. 3.10 Malattie in servizio e per causa di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riportate in servizio e per causa di servizio che abbiano come conseguenza la morte o la invalidità permanente e che siano insorte nel corso di validità del presente contratto.

Limitatamente alla garanzia malattia non si fa luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al **15%** della totale; se invece risulterà superiore al 15% , l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali e le tubercolari. Vale anche per la garanzia malattia l'esclusione, prevista dalle condizioni generali di assicurazione, relativamente alle conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 3.11 Estensione per rischio HIV

Ove prevista dalla normativa, purché venga attivata la garanzia in polizza, e venga corrisposto il premio relativo, l'assicurazione vale per il contagio da virus HIV avvenuto a seguito di infortunio durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza per i capitali previsti per il caso morte e invalidità permanente da infortuni.

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV a seguito di infortunio avvenuto durante e per causa di servizio deve - entro 15 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto - darne avviso scritto al Broker, inviando una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro sei giorni dall'evento, l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV presso un centro specializzato indicato dalla Compagnia: qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cessa ed il premio diminuirà a partire dalla scadenza successiva; se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'Assicurato è diventato sieropositivo la Compagnia liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche relative ai test HIV sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

La Compagnia, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente comma corrisponde l'indennizzo pattuito.

Non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus HIV prima della denuncia del sinistro; parimenti non sono assicurabili le persone affette da tossicomanie.

Non si darà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 20% della totale; se invece essa risulterà superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 3.12 Ernie addominali da sforzo

A parziale deroga di quanto previsto dalle Condizioni di Polizza, e fermi i criteri di indennizzabilità, l'assicurazione è estesa, alle ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa decorre soltanto dal **181°** giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione,
- qualora l'ernia non sia operabile verrà corrisposto un indennizzo che non potrà superare il 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.
- per l'ernia che risulti operabile non verrà effettuato alcun indennizzo.

Art. 3.13 Mancinismo

Nei confronti delle persone con accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Art. 3.14 Indennità per ricovero a seguito di infortunio

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza:

- un Ricovero;
- un Day hospital purché la degenza si sia protratta almeno per due giorni consecutivi.

CODICE CIVILE**Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta**

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

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

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

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Articolo 50.

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

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

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

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

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di mo-

duli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 Bis - Clausole vessatorie nel contratto tra professionista e consumatore

Nel contratto concluso tra il consumatore e il professionista, che ha per oggetto la cessione di beni o la prestazione di servizi, si considerano vessatorie le clausole che, malgrado la buona fede, determinano a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto.

In relazione al contratto di cui al primo comma, il consumatore è la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta. Il professionista è la persona fisica o giuridica, pubblica o privata, che, nel quadro della sua attività imprenditoriale o professionale, utilizza il contratto di cui al primo comma. Omissis ...

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

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui [1890] o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

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

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

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli

non è tenuto a pagare la somma assicurata.

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

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

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

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

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

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

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

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

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

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso con-

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

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

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

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

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

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

Art. 1914 - Obbligo di salvataggio

L'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'Assicurato sono a carico dell'assicuratore, in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente. L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'Assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'Assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

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

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

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

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

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il

danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

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

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

CODICE DELLA NAVIGAZIONE

Art. 211 - Conseguenze della scomparsa in mare

Nei casi di scomparsa da bordo per caduta in mare, nei quali ricorrano gli estremi di morte senza rinvenimento del cadavere previsti nell'Articolo 145 dell'ordinamento dello stato civile e nei casi di scomparsa per naufragio, nei quali a giudizio dell'autorità marittima o consolare le persone scomparse debbano ritenersi perite, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, provvede a far trascrivere il processo verbale nel registro delle morti.

Negli altri casi di scomparsa da bordo o per naufragio, il procuratore della Repubblica, ottenuta l'autorizzazione del tribunale, trasmette il processo verbale alla competente autorità per l'annotazione nel registro delle nascite. In tali casi le conseguenze della scomparsa sono regolate dalle disposizioni del libro I, titolo IV, capo II, c.c., e, decorsi due anni dall'avvenimento, viene dichiarata la morte presunta a norma dell'Articolo 60, n. 3, dello stesso codice, su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone a ciò legittimate.

Regolamento ISVAP n. 5 del 16 Ottobre 2006

Art. 59 - Regole particolari di comportamento

1. Nello svolgimento dell'attività di cui all'art. 58, comma 1, gli intermediari sono tenuti ad osservare le disposizioni di cui alla Parte III, Titolo III, Capo I. Sezione IV bis, del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 nonché le disposizioni di cui agli articoli 47, 48, 52, 53, 54, 54 bis, 70, 55 e 57.

2. Gli intermediari iscritti al registro devono anche:

- a) avere preventivamente effettuato una comunicazione scritta alle imprese preponenti o a quelle per le quali operano, concernente l'applicazione di tali tecniche di vendita, dalla quale risultino le modalità e l'oggetto delle stesse, nonché l'impegno a garantire l'osservanza delle disposizioni del presente Regolamento e ad effettuare analogha comunicazione per ogni successiva modifica procedurale;
- b) definire con le imprese preponenti o con quelle per le quali operano le procedure di cui alla precedente lettera a), nonché sottoporsi alle verifiche sull'attuazione in concreto di tali tecniche di vendita, svolte dalle stesse imprese;
- c) assumere nei confronti delle Imprese preponenti o di quelle per le quali operano ogni responsabi-

lità, anche derivante dall'eventuale intervento di propri addetti, connessa allo svolgimento dell'incarico tramite tecniche a distanza;

- d) rispettare le disposizioni di cui agli articoli 5, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15 e 16 del Regolamento ISVAP n. 34 del 19 marzo 2010.

Regolamento ISVAP n. 34 del 19 Marzo 2010

Art. 8 - (Informazioni precontrattuali)

1. Fatti salvi gli altri obblighi informativi previsti dalla normativa vigente, nel caso di promozione e collocamento di contratti di assicurazione mediante tecniche di comunicazione a distanza, le imprese integrano ove necessario la Nota Informativa di cui all'articolo 185 del decreto e relative norme di attuazione con le informazioni di cui agli articoli 67-quarter, 67-quinquies, 67-sexies, 67-septies, 67-octies del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206.
2. Prima che il contraente sia vincolato da una proposta o da un contratto di assicurazione a distanza, le imprese forniscono al contraente l'informazione relativa:
 - a) al diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione di cui al comma 1 dell'articolo 10 su supporto cartaceo o altro supporto durevole;
 - b) al diritto di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui ai comma 1 dell'articolo 10 su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza ai sensi del comma 4 del medesimo articolo;
 - c) alla circostanza che l'impresa richiederà al contraente la sottoscrizione e la ritrasmissione del contratto inviato dall'impresa stessa e che il contraente per la sottoscrizione e la restituzione potrà utilizzare, a sua scelta, il supporto cartaceo o altro supporto durevole, salvo che il contratto sia stato formato come documento informatico nel rispetto delle regole tecniche di cui all'articolo 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82;
 - d) al diritto, nel caso di cui all'articolo 7, comma 1, lettera b), di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento di contratti di assicurazione a distanza svolta dal call center indicandone il nominativo e le funzioni.

D. Lgs. 6 Settembre 2005, n. 206 (Codice del Consumo)

Art. 67 - quinquies - Informazioni relative al fornitore

1. Le informazioni relative al fornitore riguardano:
 - a) l'identità del fornitore e la sua attività principale, l'indirizzo geografico al quale il fornitore è stabilito e qualsiasi altro indirizzo geografico rilevante nei rapporti tra consumatore e fornitore;
 - b) l'identità del rappresentante del fornitore stabilito nello Stato membro di residenza del consumatore e l'indirizzo geografico rilevante nei rapporti tra consumatore e rappresentante, quando tale rap-

presentante esista;

- c) se il consumatore ha relazioni commerciali con un professionista diverso dal fornitore, l'identità del professionista, la veste in cui agisce nei confronti del consumatore, nonché l'indirizzo geografico rilevante nei rapporti tra consumatore e professionista;
- d) se il fornitore è iscritto in un registro commerciale o in un pubblico registro analogo, il registro di commercio in cui il fornitore è iscritto e il numero di registrazione o un elemento equivalente per identificarlo nel registro;
- e) qualora l'attività del fornitore sia soggetta ad autorizzazione, gli estremi della competente autorità di controllo.

Art. 67 - sexies - Informazioni relative al servizio finanziario

1. Le informazioni relative al servizio finanziario riguardano:
 - a) una descrizione delle principali caratteristiche del servizio finanziario;
 - b) il prezzo totale che il consumatore dovrà corrispondere al fornitore per il servizio finanziario, compresi tutti i relativi oneri, commissioni e spese e tutte le imposte versate tramite il fornitore o, se non è possibile indicare il prezzo esatto, la base di calcolo del prezzo, che consenta al consumatore di verificare quest'ultimo;
 - c) se del caso, un avviso indicante che il servizio finanziario è in rapporto con strumenti che implicano particolari rischi dovuti a loro specifiche caratteristiche o alle operazioni da effettuare, o il cui prezzo dipenda dalle fluttuazioni dei mercati finanziari su cui il fornitore non esercita alcuna influenza, e che i risultati ottenuti in passato non costituiscono elementi indicativi riguardo ai risultati futuri;
 - d) l'indicazione dell'eventuale esistenza di altre imposte e costi non versati tramite il fornitore o non fatturati da quest'ultimo;
 - e) qualsiasi limite del periodo durante il quale sono valide le informazioni fornite;
 - f) le modalità di pagamento e di esecuzione, nonché le caratteristiche essenziali delle condizioni di sicurezza delle operazioni di pagamento da effettuarsi nell'ambito dei contratti a distanza;
 - g) qualsiasi costo specifico aggiuntivo per il consumatore relativo all'utilizzazione della tecnica di comunicazione a distanza, se addebitato;
 - h) l'indicazione dell'esistenza di collegamenti o connessioni con altri servizi finanziari, con la illustrazione degli eventuali effetti complessivi derivanti dalla combinazione.

Art. 67 - septies - Informazioni relative al contratto a distanza

1. Le informazioni relative al contratto a distanza riguardano:

- a) l'esistenza o la mancanza del diritto di recesso conformemente all'articolo 67 - duodecies e, se tale diritto esiste, la durata e le modalità d'esercizio, comprese le informazioni relative all'importo che il consumatore può essere tenuto a versare ai sensi dell'articolo 67 - terdecies, comma 1, nonché alle conseguenze derivanti dal mancato esercizio di detto diritto;
- b) la durata minima del contratto a distanza, in caso di prestazione permanente o periodica di servizi finanziari;
- c) le informazioni relative agli eventuali diritti delle parti, secondo i termini del contratto a distanza, di mettere fine allo stesso prima della scadenza o unilateralmente, comprese le penali eventualmente stabilite dal contratto in tali casi;
- d) le istruzioni pratiche per l'esercizio del diritto di recesso, comprendenti tra l'altro il mezzo, inclusa in ogni caso la lettera raccomandata con avviso di ricevimento, e l'indirizzo a cui deve essere inviata la comunicazione di recesso;
- e) lo Stato membro o gli Stati membri sulla cui legislazione il fornitore si basa per instaurare rapporti con il consumatore prima della conclusione del contratto a distanza;
- f) qualsiasi clausola contrattuale sulla legislazione applicabile al contratto a distanza e sul foro competente;
- g) la lingua o le lingue in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari di cui al presente articolo, nonché la lingua o le lingue in cui il fornitore, con l'accordo del consumatore, si impegna a comunicare per la durata del contratto a distanza.

Art. 67 - octies - Informazioni relative al ricorso

1. Le informazioni relative al ricorso riguardano:
 - a) l'esistenza o la mancanza di procedure extragiudiziarie di reclamo e di ricorso accessibili al consumatore che è parte del contratto a distanza e, ove tali procedure esistono, le modalità che consentono al Consumatore di avvalersene;
 - b) l'esistenza di fondi di garanzia o di altri dispositivi di indennizzo.

Art. 67 -duodecies - Diritto di recesso

1. Il consumatore dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo.
2. Il predetto termine è esteso a trenta giorni per i contratti a distanza aventi per oggetto le assicurazioni sulla vita di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, recante Codice delle assicurazioni private, e le operazioni aventi ad oggetto gli schemi pensionistici individuali.
3. Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre alternativamente:
 - a) dalla data della conclusione del contratto, tranne

nel caso delle assicurazioni sulla vita, per le quali il termine comincia a decorrere dal momento in cui al consumatore è comunicato che il contratto è stato concluso;

- b) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni di cui all'articolo 67 - undecies, se tale data è successiva a quella di cui alla lettera a).
4. L'efficacia dei contratti relativi ai servizi di investimento è sospesa durante la decorrenza del termine previsto per l'esercizio del diritto di recesso.
 5. Il diritto di recesso non si applica:
 - a) ai servizi finanziari, diversi dal servizio di gestione su base individuale di portafogli di investimento se gli investimenti non sono stati già avviati, il cui prezzo dipende da fluttuazioni del mercato finanziario che il fornitore non è in grado di controllare e che possono aver luogo durante il periodo di recesso, quali ad esempio i servizi riguardanti:
 - 1) operazioni di cambio;
 - 2) strumenti del mercato monetario;
 - 3) valori mobiliari;
 - 4) quote di un organismo di investimento collettivo;
 - 5) contratti a termine fermo (futures) su strumenti finanziari, compresi gli strumenti equivalenti che si regolano in contanti;
 - 6) contratti a termine su tassi di interesse (FRA);
 - 7) contratti swaps su tassi d'interesse, su valute o contratti di scambio connessi ad azioni o a indici azionari (equity swaps);
 - 8) opzioni per acquistare o vendere qualsiasi strumento previsto dalla presente lettera, compresi gli strumenti equivalenti che si regolano in contanti. Sono comprese in particolare in questa categoria le opzioni su valute e su tassi d'interesse;
 - b) alle polizze di assicurazione viaggio e bagaglio alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;
 - c) ai contratti interamente eseguiti da entrambe le parti su esplicita richiesta scritta del consumatore prima che quest'ultimo eserciti il suo diritto di recesso;
 - d) alle dichiarazioni dei consumatori rilasciate dinanzi ad un pubblico ufficiale a condizione che il pubblico ufficiale confermi che al consumatore sono garantiti i diritti di cui all'articolo 67 - undecies, comma 1.
 6. Se esercita il diritto di recesso. Il consumatore invia, prima dello scadere del termine e secondo le istruzioni che gli sono state date ai sensi dell'articolo 67- septies, comma 1, lettera d), una comunicazione scritta al fornitore, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento o altro mezzo indicato ai sensi dell'articolo 67- septies, comma 1, lettera d).
 7. Il presente articolo non si applica alla risoluzione dei contratti di credito disciplinata dagli articoli 67, comma 6 e 77.

8. Se ad un contratto a distanza relativo ad un determinato servizio finanziario è aggiunto un altro contratto a distanza riguardante servizi finanziari prestati da un fornitore o da un terzo sulla base di un accordo

tra il terzo e il fornitore, questo contratto aggiuntivo è risolto, senza alcuna penale, qualora il consumatore eserciti il suo diritto di recesso secondo le modalità fissate dal presente articolo.

Ed. 24/07/2019

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,
ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, 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 personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo⁽³⁾, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al

Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁵⁾.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato 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. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni

necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁹⁾. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

NOTE

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es.

ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; 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 e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, 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; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile

- presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
 - 6) 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.
 - 7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
 - 8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei

- servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 9) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

USA_Info_Cont_01 – ed. 01.05.2019



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione
e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it