

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Polizza i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo 1031 edizione comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo modello 1031 edizione, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute negli ALLEGATI di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, né dalla Società né dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

UnipolSai
ASSICURAZIONI
Divisione Sai

Il Contraente dichiara:

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

IL CONTRAENTE

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 09/12/2022

Il premio della rata alla firma è stato pagato il

16/12/2022

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

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

L'Agente o l'Incaricato

Unipol
Sai

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7095584
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

NUMERO POLIZZA
AGENZIA1/61382/77/189901877
BARI

CODICE SUBAGENZIA 100

Contraente/Assicurato
Domicilio
Partita IVAA.S.C. ATT SPORT CONF
VIA RENO, 30 - 00198 ROMA - RM
97644950012

Le norme dattiloscritte qui di seguito riportate, annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa dagli Assicuratori, che quindi devono intendersi abrogate e prive di effetto.

CAPITOLATO DI GARA

CONVENZIONE PER L'ASSICURAZIONE INFORTUNI, A FAVORE DEI TESSERATI DELL' ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA A.S.C Attività Sportive Confederate

Tra A.S.C. - e la Società UnipolSai Assicurazioni SpA, designate per brevità nel testo che segue rispettivamente con le parole Contraente e Società, viene stipulata la seguente convenzione Infortuni, a favore dei Tesserati della A.S.C. (Atleti, Dirigenti e Tecnici così come descritti nel DM 3 nov 2010)

DEFINIZIONI

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Beneficiario

L' Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Day Hospital

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

Franchigia

E' l'importo e/o la percentuale prestabilito/a che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro, viene dedotto dall'indennizzo.

Frattura Per frattura s'intende l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

Indennizzo La somma dovuta dall' Assicuratore in caso di sinistro.

Indennizzo Paralimpici:

per quel che concerne l'invalidità permanente l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente accertata in base all'Allegato A / Tabella B di cui al Decreto del 06-11-2011, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri pubblicato in Gazzetta Ufficiale nr. 03 febbraio 2012, al netto della franchigia prevista dalla presente contratto.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali hanno per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Trattamento chirurgico

Provvedimento terapeutico cruento attuato da medico/specialista con necessità di almeno un pernottamento in istituto di cura.

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Ricovero

Periodo di degenza in istituto di cura. Viene considerata ricovero anche la degenza avvenuta in regime di Day Hospital, purché certificata da cartella clinica.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Scoperto

L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri.

Tesserato

Ogni singolo soggetto iscritto o aderente alla Contraente compreso in copertura.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**Art. 1. Titoli che danno diritto all'assicurazione**

Il titolo che costituisce diritto alle garanzie assicurative è, senza distinzione di attività praticata, di ruolo ricoperto o di mansione esercitata, la Tessera numerata rilasciata dalla Società di appartenenza affiliata alla Contraente.

Equivale alla Tessera, il bollettino di pagamento effettuato dall'assicurato-tesserato con data certa, alla Società affiliata alla A.S.C., qualora il sinistro avvenga nelle more di emissione della tessera stessa. Ai sensi di quest'ultimo capoverso, la copertura si intenderà operante dalle ore 24,00 della data dell'esecuzione del pagamento.

Qualora la tessera fosse emessa attraverso l'App della A.S.C. la copertura avrà effetto immediatamente dopo la ricezione elettronica di conferma ricevuta dalla centrale dell'Ente.

Per le tessere emesse in occasione di manifestazioni e/o eventi organizzate dalle ASD affiliate all'Ente Contraente, la validità della copertura sarà immediata, coincidente quindi con il giorno e l'ora d'inizio della manifestazione o dell'evento, sempreché la Contraente, a fronte di richiesta della Società possa documentare con mail, fax, protocolli interni estremi della manifestazione e/o dell'evento e numero dei partecipanti tesserati.

Si intendono ricompresi in polizza i tesserati che fossero in possesso della tessera dell'Ente rilasciata prima della presente convenzione per i soli sinistri occorsi dopo il 31.12.2022.

Le Tessere rilasciate hanno validità annuale dal singolo rilascio, e cessano alle ore 24,00 dell'anno successivo.

Le tessere verranno rilasciate a cura della A.S.C. - e delle sue strutture periferiche (Comitati regionali e provinciali, territoriali, etc.), da questa specificatamente autorizzati attraverso le forme organizzative che ritiene di adottare.

Per la A.S.C. costituisce titolo il presente contratto.

Art. 2. Durata, decorrenza e salvaguardia della convenzione

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di anni 2 (due) con inizio dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2022 e termine alle ore 24.00 del 31 dicembre 2024. Il contratto si intende senza tacito rinnovo. Il Contraente e la Società hanno comunque la facoltà di rescindere dalla polizza al termine di ogni

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

annualità, mediante lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Società almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza

Art. 3. Obblighi dell'Ente

L'Ente si impegna a comunicare alla Società tutte le modifiche delle normative riguardanti l'Ente e ogni altra circostanza che comporti una variazione od un aggravamento del rischio, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, riservandosi in ogni caso la Società la facoltà di recedere dall'accordo.

Art. 4. Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata a cura dell'Assicurato alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del Codice Civile.

Art. 5. Foro competente- clausola arbitrale

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione, escluse quelle non compromettibili ad arbitri e per le quali è competente il Foro di Roma, inerenti la validità, l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione saranno deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, con lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura ma sempre con l'osservanza del rispetto del principio del contraddittorio. La sede del Collegio sarà Roma.

Art. 6. Calcolo del premio – Regolazione del premio

Il premio convenuto si intende previsto con frazionamento semestrale, senza alcun maggior onere da parte della Contraente, da corrispondere in due rate semestrali, senza aggiunta di alcuna addizionale.

La Contraente inoltre, è tenuta a comunicare il numero preventivo delle teste assicurate, con un criterio svincolato dalle disposizioni dell'art 1907 CC, e a fornire a scadenza il numero definitivo degli assicurati "Atleti, Dirigenti e Tecnici" entro 30 giorni dalla fine del periodo di assicurazione fissato al 31 dicembre di ogni annualità.

Se il Contraente non effettua il pagamento della differenza attiva dovuta, l'Impresa può agire giudizialmente nei suoi confronti addebitando anche le maggiori spese sostenute e dichiarate.

Se il Contraente non adempie ai suddetti obblighi nei tempi sopra indicati, l'Impresa, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata comunicazione o il mancato pagamento

Art. 7. Manifestazioni unitarie

Le garanzie sono operanti nei confronti di tutti i Tesserati anche in caso di partecipazione a manifestazioni con altre organizzazioni alle quali A.S.C. abbia ufficialmente aderito.

Art. 8. Nuovi Tesserati

La Contraente e la Società prendono atto e convengono che i premi relativi a ciascun tesserato sono da considerarsi su base annua anche se l'iscrizione alla A.S.C. risulti successiva alla data di inizio della Convenzione. Pertanto, in caso di sinistro, la validità della copertura assicurativa sarà subordinata al possesso da parte dell'infortunato della Tessera in regolare corso di validità (art.1 della Convenzione "Titoli che danno diritto all'assicurazione").

Art. 9. Assicurazioni per conto altrui

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

Art. 10. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio -Variazioni del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (ex artt. c.c. 1892, 1893 e 1894).
L'omissione della dichiarazione da parte della Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza aggravante del rischio durante il corso della polizza medesima, non pregiudica il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.
Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 11. Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio o delle rate di premio da parte della Contraente così come indicato in polizza.

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui consegue il titolo che dà diritto all'assicurazione, ai sensi dell'art. 1 "Titoli che danno diritto all'assicurazione" della precedente Sezione, e cessa alle ore 24.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di scadenza del titolo anzidetto.

Per il pagamento delle rate previste è concesso alla Contraente il termine di rispetto di 30 giorni. Relativamente alla copertura assicurativa inerente alle prestazioni assicurative previste ex decreto legge 03.11.2010 "Assicurazione obbligatoria per gli sportivi dilettanti", pubblicato sulla GU n. 296 del 20.12.2010, resta convenuto che in caso di mancato versamento del premio l'assicuratore è obbligato ad erogare la prestazione assicurativa a favore dell'assicurato, fatto salvo il diritto di rivalsa nei confronti del soggetto obbligato.

Ai fini della validità assicurativa e per quei sinistri avvenuti in circostanze ammissibili al beneficio assicurativo a termini di regolamento, la Società si riserva di svolgere, se del caso, accertamenti atti a stabilire l'eventuale esistenza del diritto assicurativo alla data del sinistro.

Art. 12 Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 13. Oneri fiscali

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

Art. 14. Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 15. Rinvio alle norme di legge

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

Art. 16. Interpretazione del Contratto

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole all'Assicurato.

Art. 17. Dichiarazioni della Società

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio, anche indipendentemente dalle dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato.

Art. 18. Tracciabilità dei flussi finanziari – Clausola risolutiva espressa.

In ottemperanza all'articolo 3 della legge numero 136 del 13 agosto 2010, l'Ente, la Società e l'Intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie sono eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane Spa, il presente contratto s'intende risolto di diritto.

Art. 19 – RENDICONTO PERIODICO SINISTRI

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

La Società, con cadenza periodica e comunque a semplice richiesta del Contraente ed entro 10 (dieci) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione di ogni importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione di ogni importo liquidato);
- sinistri respinti;
- sinistri senza seguito;
- sinistri relativamente ai quali la società ha effettuato rivalsa nei confronti di terzi responsabili con indicazione del relativo importo.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro e data della eventuale chiusura della pratica per liquidazione od altro motivo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1. Soggetti Assicurati

L'assicurazione vale per tutti i Tesserati (Atleti, Dirigenti e Tecnici come da definizione del DM 3 nov 2010), a Società sportive affiliate alla A.S.C., durante la pratica di qualsiasi attività effettuata prevista tra quelle previste dalla Contraente sotto la sua egida, salvo quanto disposto dall'Art. 5 Esclusioni

Art. 2. Limiti di età

L'assicurazione viene prestata senza limiti di età.

Art. 3. Oggetto del rischio

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni che producano:

- la morte;
- invalidità permanente;
- il diritto ad una indennità forfettaria per invalidità permanente;
- il ricovero;
- l'applicazione di gesso e/o immobilizzazioni;

L'Assicurazione, nei termini e con i limiti in seguito indicati, vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca in occasione di attività sportive, ricreative e culturali autorizzate e/o riconosciute e/o organizzate sotto l'egida della Contraente, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, gare, allenamenti (anche individuali, qualora autorizzati e sotto controllo dell'Ente stesso), durante le indispensabili azioni preliminari e finali di ogni gara o di allenamento, durante lo svolgimento di concorsi e/o manifestazioni sportive e non, quali ricreative e culturali e/o tempo libero autorizzate e/o organizzate sotto l'egida della A.S.C. e/o delle Società affiliate e comunque per tutte le attività previste per il raggiungimento delle finalità statutarie della Contraente.

Le garanzie di polizza sono operanti anche quando gli Assicurati in qualità di trasportati di mezzi pubblici o privati o quali conducenti di mezzi ad uso privato subiscano l'infortunio durante:

a) il tragitto dalla propria abitazione o dal luogo di lavoro sino al luogo di svolgimento delle attività assicurate, e/o viceversa, con il percorso più breve e diretto senza interruzione o sosta per motivi estranei all'attività oggetto dell'assicurazione.

b) durante le trasferte fuori sede, il tempo necessario per raggiungere il luogo deputato alle attività oggetto dell'assicurazione e viceversa. Per l'identificazione delle persone danneggiate faranno fede i referti della Contraente ed, in subordine, le convocazioni societarie. In tal caso la denuncia di sinistro dovrà riportare la firma del Dirigente accompagnatore indicato nel predetto referto o convocazione. In questo caso la garanzia esplicherà il proprio effetto anche per il tragitto da casa o luogo di lavoro sino al punto di raduno e viceversa entro i limiti previsti dal precedente punto a);
c) il rischio in itinere sarà operante sempreché alla guida del veicolo vi sia persona abilitata ed in regola con tutte le disposizioni vigenti al momento del sinistro. Le predette garanzie saranno operanti sempreché documentate dall'Ente o dalle sue Strutture Periferiche competenti.

Art. 4. Equiparazione ad infortunio -Estensioni di garanzia

a. Sono equiparati ad infortunio le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico;
b. determinati da lesioni da sforzo e le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari, distacco retina.

La garanzia è estesa anche agli infortuni:

c. sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze o negligenze anche gravi nonché in stato di malore o incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
d. causati da morsi di animali compresi aracnoidi e insetti, da infezioni conseguenti a infortunio, da avvelenamento, ingestione o assorbimento involontario di sostanze, da annegamento, assideramento, asfissia, congelamento, folgorazione, da colpi di sole e/o di calore, da sforzi muscolari traumatici;
eventi naturali quali alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 5. Esclusioni

L'assicurazione non è operante per gli eventi derivanti da:

a. uso e guida di natanti, mezzi di locomozione subacquea, a meno che quest'ultimi non vengano utilizzati per le immersioni entro la curva di sicurezza;
b. abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, psicotrope o allucinogene;
c. assunzione di sostanze dopanti, in violazione delle norme dell'ordinamento statale o dell'ordinamento sportivo, accertata in base alle normative vigenti;
d. per eventi determinati da un'azione costituente reato commessa dal soggetto assicurato o dalla sua partecipazione a risse o tumulti o dalla violazione di divieti comunque posti dall'ordinamento statale o dall'ordinamento sportivo;
e. guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione aerea salvo quanto espressamente previsto al successivo art.11;
f. guerra e insurrezione, salvo per i primi 14 giorni qualora l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace;
g. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
h. da detenzione od impiego di esplosivi;
i. da operazioni chirurgiche, trattamenti e cure mediche, non resi necessari da infortunio;
j. da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione gli infortuni direttamente derivanti dalla pratica di:

l. Speleologia - guidoslitta - alpinismo - escursionismo con accesso a nevali o ghiacciai e arrampicata libera (non è escluso lo Sky Running e il Trail Running, solo in caso in cui gli atleti percorreranno percorsi messi in sicurezza, segnalati, con piste battute, e qualora gli stessi tracciati non superino il grado di difficoltà su scala UIAA di livello 1), restano altresì escluse le discese in fuoripista con sci, snowboard o qualsiasi altro mezzo;
m. salto dal trampolino con sci e idrosci;
n. paracadutismo in tutte le sue forme - bungee jumping, sport aerei e di volo in genere (non è esclusa la pratica del Kite Surf e dell'aeromodellismo in tutte le sue forme, per quest'ultima voce resta comunque escluso l'uso privato e/o professionale di aeromodelli e/o droni);

o. immersioni subacquee con autorespiratore in acque libere, eccetto quelle effettuate entro la curva di sicurezza;
p. caccia;
q. **ciclismo su strada**, ad eccezione delle altre attività ciclistiche come il cicloturismo, mountain bike e le altre forme di ciclismo non tipicamente stradali, previste tra quelle presenti tra le attività praticate. Si intendono ricompresi per queste ultime discipline, anche brevi tragitti stradali di trasferimento.

Art. 6. Esonero denuncia di infermità

La Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito intervenire. Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente sana, non è indennizzabile quanto imputabile a preesistenti condizioni fisiche e patologiche, ma sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

Art. 7. Esonero denuncia altre assicurazioni

Si dà atto che la Contraente e/o gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre polizze stipulate con altre Imprese per i medesimi rischi. Le garanzie assicurative previste in polizza si aggiungono a quelle di ogni altra assicurazione per i casi di morte, invalidità permanente, ad eccezione fatta per il rimborso delle spese sanitarie la cui garanzia, in presenza di analoghe coperture assicurative, verrà prestata solo ad integrazione delle maggiori spese.

Art. 8. Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 9. Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa, non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni HIV, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche -celebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

Si precisa che si intendono comunque assicurabili i soggetti affetti da sindrome di down e da autismo in tutte le sue forme.

L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

A parziale deroga del presente articolo, si intendono ricompresi i tesserati atleti riconducibili alle attività paralimpiche.

Art.10 Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche e/o patologiche preesistenti all'infortunio stesso; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Art. 11. Rischio volo/limiti catastrofali/concentrazione del rischio

La garanzia è operante per le conseguenze degli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei di trasferimento che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Resta inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dalla stessa Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:

-Euro 2.000.000,00 per il caso di Morte

-Euro 2.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

-Euro 1.000,00 giornaliero per il caso di inabilità temporanea e complessivamente, per aeromobile, di:

-Euro 3.000.000,00 per il caso di Morte

-Euro 3.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale

-Euro 1.000,00 giornaliero per il caso di inabilità temporanea.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dalla stessa Contraente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

La garanzia inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa al momento in cui scende.

Il limite per sinistro che la Società assume per sinistri catastrofali e/o per concentrazione del rischio è di € 3.000.000,00

Art. 12. Prestazioni

A. Caso Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicuratore liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Qualora, a seguito di un infortunio, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Se, dopo che è stato pagato l'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione entro 30 giorni dalla richiesta della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Si intende inoltre liquidabile il capitale previsto per Categoria e/o Tessera anche per i casi previsti dall'art. 6, comma 3, del decreto 03 Novembre 2010, ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER GLI SPORTIVI.

B. Caso Invalidità Permanente

Sono indennizzabili le lesioni corporali che producano l'invalidità permanente del soggetto assicurato entro due anni dall'infortunio.

L'indennizzo per Invalidità Permanente è determinato mediante applicazione sulla somma assicurata della percentuale accertata secondo i criteri di cui alla tabella Lesioni - allegato "A" della presente Convenzione.

Nei casi di preesistenti mutilazioni, menomazioni o difetti fisici, l'indennizzo è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti fermo quanto previsto dall'art. 10.

Precisazioni:

- Per "frattura" s'intende l'interruzione parziale o totale della continuità di un osso prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

- Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

- Fratture ed infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.

- Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'assicurato)

- Fratture polifocali o comminute del medesimo segmento osseo non determineranno né una duplicazione né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

- Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.

- I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomico-funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.

Per lussazione si intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di un'articolazione, per causa violenta, fortuita ed esterna.

- Per i casi di lesioni legamentose l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

- Per rottura dei denti si intende la perdita di almeno 1/3 del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradontale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica. Per ustioni si intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovrariscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente, comportanti almeno un pernottamento in ospedale.

Per ustioni si intendono inoltre, bruciature o scottature, nei termini precedentemente riportati, se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella lesioni allegata, in questi casi verrà applicata la maggiorazione del 20% sulla somma prevista per la lesione anche in assenza del pernottamento in ospedale.

Indennità privilegiata per invalidità permanente grave

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza.

Invalidità permanente – anticipo indennizzo

Qualora trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, l'Impresa – quando richiesta – corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Franchigie, Scoperti, limiti di indennizzo.

Per i possessori della Tessera B (base):

non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente, calcolata in base ai valori di riferimento previsti dalla tabella a lesioni all. A del DM 3 nov 2010, qualora essa risulti pari o inferiore al 9% (NOVEPERCENTO);

Per i possessori della Tessera C (completa):

non è dovuto alcun indennizzo per invalidità permanente, calcolata in base ai valori di riferimento previsti dalla tabella a lesioni all. A del DM 3 nov 2010, qualora essa risulti pari o inferiore alle percentuali di seguito indicate e differenziate per disciplina sportiva:

- 9% (noveper cento) per calcio, calcetto, pallacanestro, pattinaggio, ciclismo, motociclismo, equitazione;
- 6% (sei per cento) per danza e nuoto;
- 7% (sette per cento) per pallavolo e tutti gli altri sport.

C. Rimborso spese Mediche per ricovero (possessori di Tessera C – Completa)

In caso di Infortunio che comporti almeno due giorni di ricovero e che comporti una Invalidità Permanente, calcolata in base ai valori di riferimento previsti dalla tabella a lesioni all. A del DM 3 nov 2010, pari o superiore al 5%, l'Impresa rimborsa, entro il limite della somma assicurata a questo titolo, le spese effettivamente sostenute per:

- 1) prestazioni sanitarie relative al ricovero;

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
b) assistenza medica, cure, trattamenti anche iperbarici;
c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono.
d) trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, ed esami diagnostici fino alla concorrenza massima di € 500,00 per evento;

C 1) Indennità forfetaria Rimborso Spese Mediche per Invalidità Permanente (possessori di Tessera C-, Completa)

In caso di Infortunio che comporti una **Invalidità Permanente**, calcolata in base ai valori di riferimento previsti dalla tabella a lesioni all. A del DM 3 nov 2010 superiore al 3% (tre percento), l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo forfetario di € 100,00. Le suddette percentuali di invalidità sono da attribuire in base alla tabella a Lesioni di cui all'All A DM 3 nov 2010.
Nessun indennizzo forfetario sarà dovuto per invalidità pari o inferiori al 3%.
Tale garanzia non si attiva in presenza di prestazioni erogate al precedente punto "C" "Rimborso Spese Mediche per ricovero".

C 2) indennità forfettaria da gesso

In caso di frattura ossea e/o lussazione, riportata da diagnosi del Presidio Sanitario, e dimostrata radiologicamente, con apposizione di gesso o altro apparecchio di contenzione rigido, esclusi i tutori, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo forfetario di € 150,00. Tale indennità non è cumulabile con la "diaria da ricovero" riportata nel successivo punto C ed è erogabile solo in caso di Invalidità Permanente, calcolata in base ai valori di riferimento previsti dalla tabella a lesioni all. A del DM 3 nov 2010, superiore al 3% (trepercento). In presenza di entrambe le prestazioni verrà liquidata quella più favorevole all'assicurato. La garanzia è operante nei soli casi in cui l'apposizione del gesso /apparecchio di contenzione rigida viene apposto nei presidi di Pronto Soccorso.
Nessun indennizzo forfetario sarà dovuto per invalidità pari o inferiori al 3%.

C 3) Diaria da Ricovero

In caso di infortunio che renda necessario il ricovero in Istituto di Cura, l'Impresa corrisponde un' indennità per ogni giorno di ricovero pari a € 25,00 (venticinque).
Il giorno di ricovero e quello di dimissione, ai fini della definizione del periodo di indennizzo, viene considerato un giorno unico.
La diaria verrà corrisposta a decorrere dal 3° giorno successivo a quello del ricovero, con un massimo di 30 giorni per Infortunio.
La diaria da ricovero non è cumulabile con la diaria da gesso e/o altra indennità per apposizione di apparecchio di immobilizzazione fissa, nel caso quindi l'infortunio interessi contemporaneamente le due garanzie verrà liquidata una sola diaria, e sarà quella più favorevole all'assicurato.

Art. 12 bis Prestazioni Atleti Paralimpici

Modalità di indennizzo:

L'indennizzo previsto per ciascuna lesione, indicata nella seguente tabella, si calcola sulla base delle percentuali del capitale previsto in caso di morte (ad esempio 100.000 euro). Sulla base della tipologia di atleta l'indennizzo viene modificato rispetto ai normodotati prendendo in considerazione sia la condizione (danno e/o menomazione e/o patologia) determinante la disabilità sia le funzioni fisiologicamente intatte, utilizzando i seguenti coefficienti che "scalano" l'indennizzo sulla base del significato sportivo della struttura/funzione danneggiata. Il primo aspetto da prendere in considerazione è valutare se il danno da indennizzare riguarda una parte precedentemente funzionante o no. Qualora la lesione influisca sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua funzionalità nelle comuni attività della vita quotidiana (ad esempio muoversi) e nello specifico sport praticato si applicano i seguenti coefficienti moltiplicativi sulla percentuale di indennizzo che prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce nella vita di relazione e nel contesto specifico in cui l'atleta gareggia.

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

I disabili fisici, che nei contesti sportivi al di là della peculiarità della condizione disabilitante sono accorpatisi insieme, per scalare lo specifico livello di lesione vengono classificati sulla base della funzionalità motoria (forza muscolare e/o ambito di movimento articolare in condizioni statiche e dinamiche) in 10 gruppi, dai più gravi ai meno gravi secondo la classificazione del nuoto. Nella classe 1 sono presenti gli atleti con minore funzionalità, nella classe 10 gli atleti con maggiore funzionalità. Nel caso in cui la lesione riguardi una parte del corpo che precedentemente non funzionava nella modalità tipica di un normodotato (ad esempio frattura di femore in un atleta paraplegico) si applicano direttamente gli indennizzi di seguito elencati aggiungendo una quota maggiorata del 5% negli atleti del Club Paralimpico. Nel caso in cui il danno riguardi una parte prima funzionante si dovrà utilizzare la classificazione citata con il rationale che in primo luogo quella lesione potrebbe incidere sulla vita di relazione del soggetto (attività della vita quotidiana) ed in secondo luogo che più grave è la disabilità, maggiore il danno relativo su quella funzione e quindi maggiore l'indennizzo. Il valore dell'indennizzo indicato in tabella verrà maggiorato in funzione inversa alla classificazione con un coefficiente oscillante dal 15% (classe 1) al 6% (classe 10) in tutti gli atleti tesserati e dal 25% al 16% negli atleti del Club Paralimpico. Il valore dell'indennizzo così ottenuto è ulteriormente aumentato sulla base dell'impatto della lesione in una funzione specifica dello sport in cui l'atleta gareggia. Il coefficiente moltiplicativo verrà basato sulla classe sportiva dello specifico sport praticato dall'atleta. Tale suddivisione in classi è reperibile sia sul sito del Comitato Paralimpico Internazionale (www.paralympic.org)

) che sul sito del Comitato Italiano Paralimpico (www.comitatoparalimpico.it). Ogni atleta per gareggiare deve essere preventivamente classificato. La classificazione è specifica per ogni sport. Tale indennizzo prende in considerazione come la sede della lesione (infortunio) influisce sul livello e sulla condizione determinante la disabilità dell'atleta e sulla sua prestazione nello specifico sport praticato. I punteggi delle classi vengono ribaltati (il più grave è infatti quello con lesione più bassa) e moltiplicati come percentuali da aggiungere al valore di indennizzo. Anche tale valore viene raddoppiato nel caso di atleti del Club Paralimpico.

I Disabili fisici cioè gli individui con danni di tipo motorio a loro volta sono suddivisi in "Mielolesi" (per lesione traversa del midollo spinale, Tetraplegici e Paraplegici, per spina bifida o per poliomielite) con possibili danni motori e/o sensitivi e/o del sistema nervoso autonomo; Amputati (nei differenti arti ed a differenti livelli) con danni motori e specifiche patologie nei monconi; Cerebrolesi (per paralisi cerebrale infantile o lesione cerebrale da trauma cranico o altre cause) con danni quali spasticità e/o mancanza di coordinazione e/o atetosi; e "Gli Altri" (soggetti con altre patologie, di interesse neurologico od ortopedico, non incluse nelle precedenti) con variegate possibilità e/o associazioni dei danni citati. Ad esempio nel caso di un atleta paraplegico della pallacanestro su sedia a ruote con punteggio 1 (solo gli arti superiori sono funzionanti ed è mancante la stabilità del tronco e la funzionalità degli arti inferiori) in cui vi sia un danno agli arti superiori ad esempio la frattura della epifisi prossimale ulna (olecrano o processo coronoideo o incisione semilunare e radiale) in cui l'indennizzo previsto è pari al 4% del capitale assicurato in caso di morte (6000 euro). Tale valore verrebbe aggiunto del 10% secondo la classe del nuoto e del 4,5% secondo l'aggiustamento relativo alla tipica disciplina sportiva.

Per i disabili visivi, nel caso di danni non relativi al sistema visivo, l'indennizzo sarà maggiore rispetto ai normodotati in funzione del livello di danno visivo. L'indennizzo sarà maggiorato del 50% negli ipovedenti con minore danno (B3), del 75% nel caso del gruppo classificato come B2 e del 100% (cioè indennizzo doppio rispetto ai normodotati) nei non vedenti completi (B1). Negli atleti del Club Paralimpico l'indennizzo verrà ulteriormente ampliato del 50% indipendentemente dalla classe. Tale maggiorazione rispetto agli atleti normodotati è, come per i disabili fisici, giustificata dal fatto che la lesione da indennizzare può avere effetti sia nella vita di relazione sia nella prestazione della specifica attività sportiva praticata. Sulla base di ciascuno di questi parametri l'indennizzo potrà essere soggetto a modificazioni. Il rationale citato si applica anche alle seguenti tipologie di atleti disabili. Per il danno riguardante il residuo funzionale visivo l'indennizzo dovrà essere commisurato alla capacità successiva del soggetto di poter partecipare ad eventi sportivi. Qualora ciò diventasse impossibile l'indennizzo dovrà essere dell'ordine del 50% del capitale assicurato (caso morte) in tutti gli atleti tesserati e del 75% nei paralimpici.

Per i disabili uditivi gli indennizzi indicati di seguito saranno maggiorati del 10% rispetto a quelli in tabella nel caso di danno fisico e pari al doppio dei normodotati in caso di danno neurosensoriale non

relativo alla funzione uditiva. Nel caso di danno della funzione uditiva le stesse condizioni previste per i disabili visivi verranno applicate.

Per i disabili mentali gli indennizzi saranno pari al doppio dei normodotati in tutti gli atleti tesserati ed al triplo nei paralimpici. Gli atleti disabili mentali, nonostante la possibile varietà di livelli intellettivi e le diverse patologie determinanti tali disabilità (che possono includere danni funzionali di tipo motorio) non sono attualmente suddivisi in classi. Il criterio di eleggibilità alla partecipazione sportiva (definizione di "ritardo mentale") è il seguente: "funzionamento intellettivo generale" significativamente sotto la media (quoziente intellettivo - Q.I. - approssimativamente di 70 - 75 o inferiore) il quale determini o si associ a difficoltà di adattamento e/o difetti di prestazione che si manifestano inizialmente durante il periodo evolutivo prima dei 18 anni.

I disabili non vedenti o ipovedenti, che includono patologie a carico dei mezzi diottrici e/o della retina e/o del nervo ottico e/o dell'encefalo, vengono suddivisi in tre classi dove la meno grave (B3) comprende gli atleti la cui acuità visiva nell'occhio migliore sia compresa tra 2/60 e 6/60 o il campo visivo sia compreso tra 5 e 20 gradi. I disabili uditivi, che includono patologie a carico dello specifico organo sensitivo e/o del nervo acustico e/o dell'encefalo devono aver subito la perdita dell'udito di almeno 55 Decibel nell'orecchio migliore, e non vengono suddivisi in classi.

Art. 13. Estensioni speciali**Beneficio speciale in caso di morte del tesserato genitore**

Se a causa di un evento garantito con la presente polizza consegue la morte di un tesserato genitore, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni se conviventi ed in quanto beneficiari, sarà aumentata del **50%**. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale.

Perdita dell'anno scolastico

Qualora, l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporti la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

Rimpatrio salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio occorso durante la sua permanenza all'estero, l'Impresa, fino alla concorrenza di Euro **2.000,00**, rimborserà le spese sostenute per il trasporto della salma dal luogo dell'infortunio al luogo di sepoltura in Italia.

Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio occorso all'estero e che renda necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza; la garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro **€ 1.000,00**.

Morsi di animali compresi aracnoidi e insetti

Nel caso di morsi di animali, insetti e aracnoidi che comportino all'assicurato ricovero in istituto di cura e relativa diagnosi che accerti detto evento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di **€ 1.000,00**.

Avvelenamenti

Nel caso di avvelenamento acuto da ingestione od assorbimento involontario di sostanze, che comporti ricovero, con almeno un pernottamento, in istituto di cura, e relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di **€ 1.000,00**.

Assideramento - congelamento - colpi di sole o di calore

Nel di ricovero dell'assicurato in istituto di cura in conseguenza di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione sono rimborsate le relative spese documentate fino ad massimo di **€ 1.000,00**.

Danno estetico

Si conviene che l'Impresa rimborserà fino ad massimo di **€ 2.500,00**, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Tale estensione di garanzia si intende valida solo ed esclusivamente per gli assicurati di età inferiore ai 16 anni.

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

Art. 14. Controversie sulla natura degli infortuni

In caso di controversia sulla natura, causa, entità e conseguenza delle lesioni indennizzabili a termine di polizza, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzo, le Parti devono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti di Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico, a scelta dell'Assicurato, risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza e/o al domicilio dell'Assicurato stesso.

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 medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 15. Denuncia degli infortuni obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che le hanno determinate, corredata da ogni documentazione clinica atte ad accertare le lesioni subite e la loro indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker entro 30 giorni lavorativi dalla data dell'evento stesso e/o dal momento in cui l'Assicurato e/o gli aventi diritto ne abbiano avuto, la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.

La documentazione di cui sopra deve consentire inequivocabilmente l'identificazione della persona lesa e deve essere accompagnata dal relativo referto, nel caso di fratture e/o lesioni particolari è necessario che il referto clinico radiologico evidenzii la diagnosi in modo chiaro e specifico e sia redatto da un Pronto Soccorso Pubblico e/o una Struttura Privata equivalente (clinica, casa di cura etc.).

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro per un valore equivalente.

L'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici dell'assicuratore ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine e sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Art. 16. Denuncia della morte e obblighi relativi

La denuncia della morte, con indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che l'hanno determinata, corredata dalla documentazione atta ad accertare l'indennizzabilità, deve essere fatta per iscritto ed inviata alla Sede dell'Assicuratore e/o del Broker, entro 30 giorni dall'evento stesso e/o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli artt. 1913 e 1915 del codice civile.

Art. 17. Limite di indennizzo per singolo evento

In caso di singolo evento che coinvolga più assicurati con la presente polizza convenzione, le somme delle garanzie di cui alla presente garanzia infortuni non potranno superare l'importo di Euro 3.000.000,00. (tremilioni)

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti ad ogni assicurato in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai capitali assicurati per le singole persone.

Art. 18 Clausola Broker

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Mediass SpA e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice.

1031

Allegato testo aggiuntivoNUMERO POLIZZA
AGENZIA1/61382/77/189901877
BARI

CODICE SUBAGENZIA 100

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

SEZIONE SOMME ASSICURATE, ATTIVITA' ASSICURATE**SOMME ASSICURATE****B) TESSERA BASE (valida per tutti i gruppi Atleti, Dirigenti e Tecnici)****Morte € 80.000,00****Invalidità Permanente € 80.000,00 (franchigia assoluta 9%)****C) TESSERA COMPLETA (valida per tutti i gruppi Atleti, Dirigenti e Tecnici)****Morte € 100.000,00****Invalidità Permanente € 100.000,00** franchigia assoluta del 7% per tutte le discipline differenziata in base alla disciplina sportiva come da art. 12 "Prestazioni".**Indennità R.S.M. forfetaria € € 100,00** erogabile solo in caso di invalidità superiore al 3%;**Indennità forfetaria da gesso € 150,00** in caso di frattura ed erogabile solo in caso di invalidità superiore al 3%;**Rimborso Spese mediche con ricovero € 2.000,00** (scoperto 10%, franchigia minima € 200,00) erogabile in presenza di almeno 2 gg di pernottamento e solo in caso di invalidità pari o superiore al 5%**Indennità da ricovero € 25,00** max gg 30, franchigia gg 3. Non cumulabile con la garanzia "gesso". In caso di presenza di entrambe verrà liquidata quella più favorevole all'assicurato)**ATTIVITA' ASSICURATE E GRUPPI****A titolo esemplificativo e non limitativo si intendono assicurate le seguenti discipline sportive:**

ACQUA GYM, ACQUAFITNESS, ACQUATICITA', ACROBATICA, ACROGYM, AEROBICA, AEROMODELLISMO, AGILITY, ALTRO, AMBIENTE FAUNA, APNEA, AQUABIKE, AQUAFITNESS, AQUILONISMO, ARM WRESTLING, ARRAMPICATA SPORTIVA, ARTI MARZIALI - AIKIDO, ARTI MARZIALI - ALTRO, ARTI MARZIALI - HAPKIDO, - JU-JITSU, ARTI MARZIALI - JUDO, ARTI MARZIALI - KARATE, ARTI MARZIALI - KENDO, ARTI MARZIALI - TAEKWONDO, ARTI MARZIALI - WUSHU KUNG FU, ATLETICA LEGGERA, ATTACCHI, ATTIVITA' CINOFILE, ATTIVITA' CULTURALI, ATTIVITA' LUDICO MOTORIA, ATTIVITA' MOTORIA DI BASE, ATTIVITA' PER DISABILI, ATTIVITA' SUBACQUEE, AUTO STORICHE, AUTOCROSS, AUTODIFESA, AUTOMOBILISMO SPORTIVO, AUTOMODELLISMO, AYURVEDA, BACKGAMMON, BADMINTON, BALLI DI GRUPPO, BALLO LATINO AMERICANO, BALLO LISCIO, BALLO LISCIO E BALLO DA SALA, BASEBALL, BASEBALL - SOFTBALL, BASKET, BEACH SOCCER, BEACH SPORT (VOLLEY-TENNIS-SOCCER), BEACH TENNIS, BEACHVOLLEY, BENCH PRESS, BENCH REST, BIATHLON, BILIARDINO, BILIARDO, BILIARDO BOCCETTE, BILIARDO SPORTIVO, BILIARDO STECCA, BIO DANZA, BIONATURA, BIRILLI, BIRILLI SPORT DEL GHIACCIO, BMX, BOB, BOCCE, BOCCE RAFFA, BOCCE VOLO, BODY BUILDING - MUSCOLAZIONE, BOOMERANG, BOWLING, BRACCIO DI FERRO, BRIDGE, BROOMBALL, BURRACO, CALCIO, CALCIO

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

NUMERO POLIZZA
AGENZIA1/61382/77/189901877
BARI

CODICE SUBAGENZIA 100

A 11, CALCIO A 5, CALCIO A 5 E A 7, CALCIO A 7, CALCIO A 8, CALCIO BALILLA, CALCIO DA TAVOLO, CALCIO PATTINATO, CALCIOKE, CALCIOTTO, CANOA, CANOA - KAJAK, CANOA FLUVIALE, CANOTTAGGIO, CANYONING, CAPOEIRA, CARDIO FITNESS, CARRIOLI, CARROM, CARVING, CECOTING, CHOREOGRAPHIC TEAM, CICLISMO MOUNTAIN BIKE, CICLOAMATORIALE, CICLOCROSS, CICLOTURISMO, CINOTECNICA, CORSA, CORSA A CARRETTINI A SFERA, CORSA CAMPESTRE, CORSA IN MONTAGNA, CORSA OSTACOLI, COUNTRY DANCE, CRICKET, CROQUET, CROSS, CULTURA FISICA-LOTTA-PESI, CULTURISMO, CURLING, DAMA, DANZA, DANZA AFRO, DANZA ARTISTICA, DANZA CLASSICA, DANZA CLASSICA MODERNA E CONTEMPORANEA, DANZA DEL VENTRE, DANZA FUNKY, DANZA HIP HOP, DANZA JAZZ, DANZA MODERNA, DANZA POPOLARE, DANZA RINASCIMENTALE, DANZA SPORTIVA, DANZA STANDARD, DANZE CARAIBICHE, DANZE ETNICHE, DANZE LATINO-AMERICANE, DANZE STANDARD, DARTS FRECCETTE, DECATHLON, DIFESA PERSONALE, DOMINO, DRAGON BOAT, DUATHLON, ENDURANCE, ENDURO, EQUITAZIONE, FALCONIERE, FIELD TARGET, FIONDA, FIT BOXE, FIT KICK, FIT WALKING, FIT WALKING CROSS, FITNESS, FLAMENCO, FLOORBALL, FONDO, FOOTBALL AMERICANO, FRECCETTE, FRECCETTE ELETTRONICHE, FREE FIGHT, FREESTYLE, FRISBY, FUORISTRADA, GINNASTICA IN TUTTE LE SUE FORME, GINNASTICA 3 ETA, GINNASTICA ARTISTICA, GINNASTICA CORPO LIBERO, GINNASTICA CORRETTIVA, GINNASTICA DI MANTENIMENTO, GINNASTICA DOLCE, GINNASTICA LIBERA - COREAGRAFIA, GINNASTICA POSTURALE, GINNASTICA RITMICA, GIOCHI DI CARTE, GIOCHI TRADIZIONALI, GIOCO DEL FORMAGGIO, GOLF, GOLF E PITCH & PUTT, GREEN VOLLEY, GYM MUSIC, GYM NUOTO, HANDBALL, HAPKIDO, HIT BALL, HOCKEY, HOCKEY FIGURA, HOCKEY IN LINE, HOCKEY INDOOR, HOCKEY PISTA, HOCKEY SU GHIACCIO, HYDROSPEED, INTER-CROSS, IPPICA, JAIDO, JEET KUNE DO KAJICA, KAJUKEMBO, KALI, KARATE SHOTOKAN, KARDIO KRAV, KART-CROSS, KARTING, KAYAK DA MARE KENJUTSU, KETTLEBELL, KICK BOXING, KICK JITSU, KITESURF, KIZOMBA, KOBU JUTSU, KOBUDO, KRAV MAGA, KUNG FU, LANCI, LANCIO FERRO CAVALLO, LIGHT CONTACT, LISCIO UNIFICATO E BALLO DA SALA, LOTTA, LOTTA GRECO ROMANA, LOTTA LIBERA, M.M.A., MAH-JONG, MARATONA, MARCIA, MEZZOFONDO, MINI BASKET, MINI CALCIO, MINI GOLF, MINI TENNIS, MINIMOTOCICLISMO, MINIVOLLEY, MODELLISMO RADIOCOMANDATO, MORRA, MOTO D'EPOCA E STORICHE, MOTOCICLISMO, MOTOCROSS, MOTOMODELLISMO, MOTONAUTICA, MOTORISTICO - OFFROAD E EASYROAD, MOTOTURISMO, MOUNTAIN BIKE, MOVIMENTO, MUAY THAI, NAUTICA, NAVIMODELLISMO, NINJITSU, NIPPON KEMPO, NORDIC WALKING, NUOTO, NUOTO PINNATO, NUOTO SINCRONIZZATO, ORIENTAMENTO, ORIENTAMENTO SUBACQUEO, OSTEOKINESIOLOGIA, PADDLE TENNIS, PALLA RILANCIATA, PALLAMANO, PALLANUOTO, PALLATAMBURELLO, PALLAVOLO, PALLONE ELASTICO, PANCRAZIO ATHLIMA, PATTINAGGIO A ROTELLE, PATTINAGGIO ACROBATICO, PATTINAGGIO, ARTISTICO, PATTINAGGIO CORSA, PATTINAGGIO SU GHIACCIO, PATTINAGGIO VELOCITA', PENTATHLON, MODERNO, PESCA, PESCA SPORTIVA, PESCA SUBACQUEA, PILATES, PODISMO, POKER, POLISTIL, POLO, PONY, POWER LIFTING, PROPEDEUTICA ALLA DANZA, PUGILATO, QI GONG, QUAD, QWAN KI DO, RAFTING, RALLIES, RALLY, REAL COMBAT, REBATA, ROLLER BLADE, ROWING, RUGBY, RULLETO, RUZZOLA, RUZZOLONE, SALTI, SALVAMENTO, SANDA, SAVATE, SBANDIERATORI, SCACCHI, SCACCHI VIVENTI, SCHERMA, SCI, SCI ALPINISMO, SCI ALPINO, SCI D'ERBA, SCI DI FONDO, SCI NAUTICO, SCI NORDICO, SCOOTERCROSS, SCHERMA, SEMI CONTACT, SHAOLIN CHUAN, SHIATSU, SHORINJI KEMPO, SKATE LINE, SKATEBOARD, SKI ROLL, SLEDDOG, SLITTINO, SLOT CAR, SNOWBOARD, SOCIAL DANCE, SOFT AIR, SOFTBALL, SOLLEVAMENTO PESI, SPEEDWAY - MOTARD, SPINNING, SPORT DELLA MONTAGNA, SPORT EQUESTRI, SPORT INVERNALI, SPORT MOTORISTICI, SQUASH, STEP, SUBBUTEO, SUBMISSION, SURFING, TAI, CHI (CHEN), TAI CHI (YANG), TAI CHI CHUAN, TAMBURELLO, TANGO ARGENTINO, TCHOUKBALL, TENNIS, TENNISTAVOLO, TERZA ETA', THAI BOXE, TIRO A SEGNO, TIRO A VOLO, TIRO AL PIATTELLO, TIRO ALLA FUNE, TIRO CON L'ARCO, TIRO CON L'ARCO IN COSTUME, TIRO DINAMICO, TIRO LUDICO, TIRO SPORTIVO, TORRENTISMO, TOTAL BODY, TRAMPOLINO ELASTICO, TREKKING, TRIAL, TRIATHLON, TRIBAL GYM, TUFFI, TWIRLING, VELA, VIET VO DAO, VOGA ALLA VENETA, WAKEBOARD, WATERBASKET, WEIDAO, WINDSURF, YOGA, YOSEIKAN BUDO, ZUMBA, POLE SPORT, WHEEL GYM, TUMBLING, ACROSPORT, CHEERLEADING, MINITRAMPOLINO, AFRODANCE, GINNASTICA ESTETICA, ROPE SKIPPING, FITKID.

SEZIONE PREMI

- € per ogni tessera base, numero 600.000 + conguaglio;
- € per ogni tessera completa, numero 90.000 + conguaglio;

Premio annuo lordo €

UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni
UnipolSai Assicurazioni

**APPENDICE DI ESTENSIONE TERZO SETTORE
INFORTUNI**

premesso che la Contraente nel suo statuto prevede anche le attività del "Terzo Settore", ad integrazione e precisazione delle condizioni di polizza, si pattuisce e si conviene che si intendono assicurati per infortuni occorsi durante il servizio tutti i volontari, comunque tesserati dell'Ente, che operano su progetti comunicati preventivamente dalle APS - Attività di Promozione Sociale all'Ente, per i seguenti capitali e condizioni:

La copertura è operativa durante il servizio di volontariato, compreso itinere.

Morte da Infortunio € 80.000,00

Invalidità Permanente € 80.000,00 franchigia assoluta 3% calcolata sulla tabella a Lesione
all. A - DM 3 novembre 2010;
per infortuni occorsi in itinere 5%;

Diaria da ricovero per infortunio € 30,00 franchigia gg 3 per un massimo di 30 gg;

Diaria da ricovero per malattie da contagio insorte durante l'attività di volontariato € 30,00 con franchigia di gg 3 fino ad un massimo di 30gg.

Le suddette garanzie non sono comunque cumulabili con quelle previste dal tesseramento sportivo.

Entro 30 gg dalla scadenza il Contraente è tenuto a fornire il numero finale dei volontari impiegati per le finalità dei progetti eseguiti, per permettere il conguaglio dei premi, fermo restando il premio minimo acquisito.

Premio annuo per tesserato € per un totale base di 3.000 tesserati.

Premio annuo lordo per i tesserati del Terzo Settore:

Il premio complessivo annuo lordo di polizza, ferma la regolazione da effettuarsi al termine dell'annualità e considerando atleti, Dirigenti e Tecnici delle categoria "Base" e "Completa", unitamente ai tesserati del "Terzo Settore" ammonta a Euro

Fermo il resto.

Nota Informativa Rami Infortuni e Malattia

Premessa

La nota informativa, redatta in conformità alle disposizioni contenute nell'art. 185 del D.Lgs. N. 209/05, Codice delle assicurazioni private, e a quelle impartite dall'ISVAP, è consegnata al Cliente prima della sottoscrizione del contratto di cui non costituisce parte integrante. Per maggiore chiarezza i contenuti che prevedono decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono stampati su fondo colorato, in questo modo evidenziato, e sono da leggere con particolare attenzione.

1. Informazioni relative alla Società

Le assicurazioni di cui alla presente polizza di riferimento saranno prestate da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., con sede legale e Direzione Generale in via Stalingrado 45, 40128 Bologna (Italia), tel. 051.5077111 - fax 051.375349, sito internet: www.unipolsai.it. La Società è autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento Isvap n. 2542 del 3/8/2007, pubblicato sulla G.U. n. 195 del 23/08/2007.

2. Informazioni relative al contratto

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della garanzia e non hanno natura di pattuizioni contrattuali, per le quali si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione facenti parte della polizza, che il Cliente è invitato a leggere attentamente prima della sottoscrizione, richiedendo alle agenzie tutti i chiarimenti necessari.

2.1 Legislazione applicabile

Il contratto sarà concluso con UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e ad esso sarà applicata la legge italiana.

Ai sensi dell'art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005 n. 209, per le assicurazioni non obbligatorie è facoltà delle Parti scegliere una legislazione diversa, salvo i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative vigenti in Italia.

Anche per tali assicurazioni UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol propone comunque di scegliere la legislazione italiana. Per le assicurazioni obbligatorie prevalgono in ogni caso le disposizioni specifiche dettate dalla legislazione italiana.

2.2 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 n. 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02.55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9,00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9,00 alle 12,00), Fax: 02.51815353, E-mail: reclami@unipolsai.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.421331. I reclami indirizzati all'ISVAP contengono:

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

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

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

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

2.3 Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale Decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi e di risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Ufficio riscontro, Via Stalingrado, 45, 40128 Bologna, fax n. 051.5077689. Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio, cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

2.4 Durata del contratto

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti entro il termine indicato in polizza, si rinnova tacitamente per una ulteriore annualità e così successivamente di anno in anno. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, non viene previsto il tacito rinnovo del contratto. Pertanto la garanzia cesserà alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma, del Codice Civile.

3. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art.li 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

4. Periodi di carenza contrattuale

Per le polizze Infortuni la garanzia decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento della prima rata di premio (ex art. 1901 del Codice Civile).

Per le polizze Malattia la garanzia decorre dalle ore 24 del:

- giorno di pagamento della prima rata di premio, per gli infortuni;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le malattie;

- 30° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per l'aborto terapeutico se effettuato nel secondo trimestre di gravidanza e per le malattie dipendenti da gravidanza (compreso l'aborto spontaneo), soltanto se quest'ultima ha avuto inizio in un momento successivo al giorno del pagamento del premio;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società;

- 180° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente a tale data;

- 300° giorno successivo a quello di pagamento della prima rata di premio, per il parto e per le malattie dipendenti da puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra riguardante gli stessi assicurati ed identiche garanzie, i termini di cui sopra operano dalle ore 24 del giorno in cui essa si perfeziona, solo e limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste; resta ferma la decorrenza dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della polizza sostituita, per le prestazioni da questa già previste.

In caso di variazione intervenuta nel corso del contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate. Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia, l'assicurazione vale per le Invalidità Permanenti conseguenti ad una malattia che si sia manifestata dopo 90 giorni dal momento in cui decorre l'assicurazione.

5. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



ALLEGATO 3
INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, **prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione** (fatto salvo si tratti di un contratto IBIP distribuito da intermediari iscritti nella sezione D del RUI, applicandosi in tal caso la disciplina dettata dalla Consob), di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.

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

Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il RUI sul sito internet dell'IVASS (www.ivass.it).

Cognome e Nome	FICARELLA NATALE	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000010223
	Data di Iscrizione	01/02/2007
Ruolo	Responsabile dell'attività di intermediazione	
Denominazione sociale dell'intermediario per il quale è svolta l'attività	BARI MEDITERRANEO DI FICARELLA N. SNC	
Iscrizione nel registro	Sezione	A - Società Agente
	N. Iscrizione	A000460535
	Data di Iscrizione	09/10/2013
Indirizzo sede legale	PIAZZA NICOLA BALENZANO 11/B BARI BA 70121	
Telefono	0805235530	
Indirizzo mail	61382@unipolsai.it	
Indirizzo mail PEC (Posta certificata)	natale.ficarella@pec.it	
Sito internet attraverso cui è promossa o svolta l'attività di distribuzione	www.barimediterraneo.it	

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, via del Quirinale, 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività di distribuzione svolta.

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

- a. Le seguenti informazioni sono disponibili nei locali del distributore oppure, ove esistente, pubblicate sul suo sito internet:
- l'elenco recante la denominazione della o delle imprese di assicurazione con le quali l'intermediario ha rapporti d'affari, anche sulla base di una collaborazione orizzontale o lettere di incarico. Nel caso in cui l'intermediario che entra in contatto con il contraente sia iscritto in Sezione E, l'elenco riporta i rapporti dell'intermediario principale con i quali collabora. (*)
 - l'elenco degli obblighi di comportamento cui adempiono, indicati nell'allegato 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018.
- b. Nel caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza il contraente può richiedere la consegna o la trasmissione dell'elenco sub a.1.

(*) La previsione di cui alla lettera a), n.1, è annullata per effetto della sentenza TAR Lazio, Roma, Sez. II-ter, 23 giugno 2021, n. 7549, che ha disposto l'annullamento dell'articolo 4, comma 18, del Provvedimento IVASS n. 97 del 4 agosto 2020 nella parte in cui introduce la disposizione di cui alla lettera a), comma 2, dell'articolo 56 del Regolamento n. 40 del 2 agosto 2018.

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

- L'intermediario, sia quello che entra in contatto con il cliente sia quello per cui viene svolta l'attività, non detiene una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto delle imprese di assicurazione rappresentate;
- L'impresa di assicurazione UnipolSai Assicurazioni S.p.A. non detiene una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della Società di intermediazione per la quale l'intermediario opera.

SEZIONE IV - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

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

- b) il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può inoltrare per iscritto alla Compagnia con le seguenti modalità eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o il comportamento della Società o dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori):

scrivendo a:	UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti - Via della Unione Europea n.3/B 20097 San Donato Milanese (MI)
inviando un fax al numero:	02 51815353
inviando un e-mail all'indirizzo:	reclami@unipolsai.it
compilando il modulo online sul sito:	www.unipolsai.it

I reclami relativi al comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) possono essere inoltrati anche presso l'Agenzia con le seguenti modalità:

Riferimenti dell'Intermediario	
scrivendo a:	BARI MEDITERRANEO DI FICARELLA N. SNC PIAZZA NICOLA BALENZANO 11/B BARI BA 70121
inviando una e-mail all'indirizzo:	61382@unipolsai.it

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome, domicilio e codice fiscale (o partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.
Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), l'esponente potrà rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42.133.206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Compagnia, contengono:

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

E' possibile presentare reclamo alla CONSOB - Via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma - telefono 06.84771 - oppure Via Broletto, 7 - 20123 Milano - telefono 02. 724201 per questioni attinenti la trasparenza informativa del Documento contenente le Informazioni Chiave (KID), nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il 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.

- c) Si ricorda che, prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:
- Mediazione, 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;
 - Negoziazione assistita, 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);
 - Procedura di conciliazione paritetica, per controversie relative a sinistri R.C. Auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000 euro, rivolgendosi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema, con le modalità indicate sul sito internet della Società www.unipolsai.it;
 - Procedura di arbitrato ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione;
 - Perizia contrattuale ed arbitrato, ove prevista dalle Condizioni di assicurazione per le garanzie diverse dalla R.C. Auto.

Il presente documento, a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 56 comma 4 del Regolamento IVASS 40/2018, viene consegnato o trasmesso in formato elettronico ai sensi dell'art. 61 del Regolamento IVASS 40/2018, come da scelta effettuata dal Cliente.

Cliente o Contraente	Codice fiscale o P.IVA
Nominativo / Ragione sociale	o Data e Luogo di Nascita
A.S.C. ATT SPORT CONF	97644950012

ALLEGATO 4
INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

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

Cognome e Nome	FICARELLA NATALE	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000010223
	Data di iscrizione	01/02/2007

SEZIONE I - Informazioni modello di distribuzione

L'intermediario agisce in nome e per conto delle seguenti imprese di assicurazione:

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
UNISALUTE S.P.A.
COMPAGNIA ASSICURATRICE LINEAR S.P.A.

Il prodotto distribuito è emesso da UnipolSai Assicurazioni S.p.A..

SEZIONE II - Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

L'intermediario distribuisce in modo esclusivo, in coerenza con quanto previsto dalla Legge n. 40/2007, i contratti delle seguenti imprese di assicurazione:

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.
UNISALUTE S.P.A.
COMPAGNIA ASSICURATRICE LINEAR S.P.A.

L'intermediario non adotta disposizioni in materia di compenso, obiettivi di vendita o di altro tipo che potrebbero incentivare sé stesso o i propri dipendenti a raccomandare ai contraenti un particolare prodotto assicurativo, nel caso in cui tale distributore possa offrire un prodotto assicurativo differente che risponda meglio alle esigenze del contraente.

SEZIONE III - Informazioni relative alle remunerazioni

L'intermediario percepisce un compenso sotto forma di una combinazione di commissione inclusa nel Premio assicurativo e altro tipo di compenso compresi benefici economici ricevuti in virtù dell'intermediazione effettuata.

L'informativa contenuta nella presente SEZIONE III, in caso di collaborazioni con intermediari iscritti alla sezione E del Registro, è complessivamente relativa ai compensi percepiti dagli intermediari coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo.

SEZIONE IV - Informazioni sul pagamento dei premi

Con riferimento al pagamento dei premi:

i premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;

Sono ammesse le seguenti modalità di pagamento dei premi:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Il presente documento, a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 56 comma 4 del Regolamento IVASS 40/2018, viene consegnato o trasmesso in formato elettronico ai sensi dell'art. 61 del Regolamento IVASS 40/2018, come da scelta effettuata dal Cliente.

Cliente o Contraente	
Nominativo / Ragione sociale	Codice fiscale o P.IVA
A.S.C. ATT SPORT CONF	o Data e Luogo di Nascita
	97644950012

ALLEGATO 4-TER
ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

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

Cognome e Nome	FICARELLA NATALE	
Iscrizione nel registro	Sezione	A
	N. Iscrizione	A000010223
	Data di iscrizione	01/02/2007

SEZIONE I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

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

(*) La previsione di cui alla lettera e) è annullata per effetto della sentenza TAR Lazio, Roma, Sez. II-ter, 23 giugno 2021, n. 7549, che ha disposto l'annullamento dell'articolo 4, comma 20, lettera a) del Provvedimento IVASS n. 97 del 4 agosto 2020 nella parte in cui introduce la disposizione di cui al comma 4-bis dell'articolo 58 del Regolamento n. 40 del 2 agosto 2018.

SEZIONE II - Regole supplementari per la distribuzione di prodotti di investimento assicurativi

- prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, obbligo di consegna/trasmissione al contraente copia dell'Allegato 4-bis al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018;
- obbligo di valutare l'adeguatezza oppure l'appropriatezza del prodotto di investimento assicurativo proposto;
- in caso di vendita con consulenza, obbligo di informare il contraente se il prodotto è adeguato, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito con consulenza;
- in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente se il prodotto è inappropriato, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione;
- in caso di vendita senza consulenza di un prodotto di investimento assicurativo, obbligo di informare il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di accertare l'appropriatezza del prodotto proposto, nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque il prodotto, obbligo di informarlo di tale circostanza, specificandone i motivi e dandone evidenza in un'apposita dichiarazione;
- obbligo di fornire le informazioni di cui all'articolo 121-sexies, commi 1 e 2, del Codice.

Intermediario: FICARELLA NATALE

Iscrizione Rui: A000010223

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE POLIZZE DANNI OFFERTE
(Art. 52 Regolamento I.S.V.A.P. n. 5/2006)
RISCHI PERSONE NON AUTO

Dati anagrafici del Cliente (del Legale Rappresentante se persona giuridica)

Cognome e Nome o Ragione Sociale	Codice Fiscale/P.IVA o luogo e data di nascita
<u>A.S.C. ATT SPORT CONF</u>	<u>97644950012</u>
Indirizzo (Via/Piazza, Città, Prov. CAP)	Professione/Settore di attività
<u>VIA RENO 00198 ROMA RM</u>	<u>FED.ENTI SPORT.NAZ SCONOSCIUTO</u>
Riferimento della proposta assicurativa offerta (Numero preventivo, numero di polizza, altri riferimenti, etc.)	
<u></u>	

Gentile Cliente,

Il seguente questionario ha lo scopo di raccogliere gli elementi utili, affinché il contratto che le proporremo risulti quanto più possibile conforme alle Sue esigenze ed ai Suoi obiettivi.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, potrebbe pregiudicare l'obiettivo illustrato e richiederebbe una Sua specifica dichiarazione.

Qualora dovessimo formularle una proposta assicurativa non adeguata in relazione alle informazioni da Lei fornite, l'Intermediario assicurativo avrà il dovere di informarLa con apposita dichiarazione; nel caso in cui Lei intendesse, comunque, concludere il contratto, dovrà confermare espressamente per iscritto la sua volontà.

Prima di rispondere alle domande del presente questionario La invitiamo a leggere con attenzione la seguente informativa, che contiene alcune informazioni utili sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti ai sensi della normativa sulla privacy.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (Titolare del trattamento dei dati) La informa che, ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "Il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo propostoLe in relazione alla Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno 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). I dati potranno solo essere comunicati a Compagnie di Riassicurazione, anche estere, per consentire ad UnipolSai Assicurazioni di stipulare coperture riassicurative e ad altre Compagnie Assicuratrici per la eventuale cessione di quote di coassicurazione. 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 ricorrano 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). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. 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 al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. 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.

A1 - Informazioni preliminari

Sono state acquisite e fornite informazioni su:

Ambito della copertura assicurativa:	Privato ☐	Lavorativo ☒	Non sa/Non risponde ☐
Obbligatorietà della copertura assicurativa:	SI ☐	NO ☐	Non sa/Non risponde ☐
Esistenza di altre coperture assicurative:	SI ☐	NO ☐	Non sa/Non risponde ☐
Tipologia delle eventuali coperture esistenti:	Infortunati ☐	Malattie ☐	Incendio ☐ Furto ☐
Altri Danni ai Beni ☐	Responsabilità Civile ☐	Multirischi in Genere ☐	Altro ☐

A2 - Informazioni sull'importo investibile dal Cliente

Il Cliente è disposto ad investire (annualmente) nella copertura assicurativa richiesta:

fino a 250 Euro/annui ☐	fino a 500 Euro/annui ☒	fino a 1.000 Euro/annui ☐
oltre 1.000 Euro/annui ☐	Non sa/Non Risponde ☐	

A3 - Informazioni relative al Cliente e alle sue aspettative (obiettivi assicurativi e soggetti da tutelare)

☒ protezione della persona propria e/o familiari in caso di:

- ☐ individuale
- ☒ infortunati
 - ☒ nell'attività lavorativa
 - ☐ nel tempo libero/attività domestiche
 - ☐ durante la circolazione dei veicoli/natanti
- ☐ malattie
 - ☐ rimborso delle Spese di Cura
 - ☐ indennità per la tutela del proprio reddito (Diarie e capitale per Invalidità Permanente)
 - ☐ possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi alla salute (infornuto/malattia)

☒ nucleo familiare

☒ Infortunati ☒ collettività

☐ Malattie ☐ a favore di terzi

☐ protezione per l'abitazione e/o per il proprio patrimonio privato

- ☐ per danneggiamento dell'abitazione e relativo contenuto (da incendio, scoppio, acqua condotta, fenomeni elettrici, eventi naturali e sociopolitici, etc.)
- ☐ per sottrazione di beni (furto, scippo, rapina, etc.)
- ☐ per richieste risarcimento per danni a terzi (provocati dal nucleo familiare nella vita privata)
- ☐ per rimborso spese legali sostenute a seguito di richieste di risarcimento
- ☐ possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi all'abitazione

B1 - Argomenti trattati su caratteristiche ed eventuali limitazioni alle prestazioni del contratto offerto

Sono state illustrate le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?	SI ☒	NO ☐
Sono state precisate la durata prevista, se necessario riportandola all'età del Contraente/Assicurato, l'eventualità di rinnovo tacito o espresso nonché facoltà e modalità di recesso?	SI ☒	NO ☐
Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare:	SI ☒	NO ☐
• Rivalse/franchigie/scoperti	SI ☒	NO ☐
• Tipologia della reintegrazione/ristoro previsti (valore intero, a nuovo, a forfait, etc.)	SI ☒	NO ☐
• Periodi di carenza	SI ☒	NO ☐
• Delimitazioni dell'oggetto della garanzia	SI ☒	NO ☐
• Esclusioni	SI ☒	NO ☐
• Decadenze	SI ☒	NO ☐
• Massimali/capitali/somme assicurate	SI ☒	NO ☐
• Riduzione degli importi assicurati in particolari casi (sottolimiti)	SI ☒	NO ☐
• Periodi massimi di erogazione delle prestazioni	SI ☒	NO ☐
• Validità temporale della garanzia	SI ☒	NO ☐
• Criteri di indennizzabilità/risarcimento	SI ☒	NO ☐
Nel caso sia stata proposta o richiesta garanzia per il caso Morte, è stata analizzata la necessaria presenza di eredi e/o possibili beneficiari designati?	SI ☒	NO ☐

☐ C1 - Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite

Il **Cliente** dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli.

L'**Intermediario** dichiara che sono state illustrate e valutate col Cliente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data 09/12/2022

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

☐ Agente ☐ Sub-agente ☐ Collaboratore

☐ C2 - Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste

Il **Cliente** dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò può pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative.

L'**Intermediario** prende atto che il Cliente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data 09/12/2022

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

☒ Agente ☐ Sub-agente ☐ Collaboratore

☐ C3 - Dichiarazione di volontà di acquisto

Il **Cliente** dichiara di essere stato ragguagliato dall'**Intermediario**, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.

Motivi dell'inadeguatezza:

Il **Cliente** dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Data 09/12/2022

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

☐ Agente ☐ Sub-agente ☐ Collaboratore

**APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO
INFORTUNI**

La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 28 giugno 2018

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito www.unipolsai.it - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo.

In particolare l'aggiornamento è reso necessario in conseguenza della Lettera al mercato IVASS del 28 febbraio 2018 riguardante le modalità di accertamento dell'invalidità e non trasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo per invalidità permanente nelle polizze infortuni e malattia, e riguarda le Condizioni di Assicurazione nella sezione 2 - Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, all'Art. 2.1 - Obblighi in caso di Sinistro.

Viene di seguito riportato il nuovo testo dell'articolo opportunamente modificato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

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

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



