

POLIZZA INFORTUNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

SET INFORMATIVO

Il presente Set informativo, contenente:

- DIP Documento Informativo Precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
- DIP AGGIUNTIVO Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo dei contratti di assicurazione danni
- Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario
- Informativa sul trattamento dei dati personali – GDPR n.° 679 / 2016

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

Ultimo aggiornamento 12/2021

POLIZZA INFORTUNI
PRODOTTO "INFORTUNI" 12/2021

DIP – DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE DELLE POLIZZE DI ASSICURAZIONE DANNI

COMPAGNIA – ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza presta coperture a tutela delle conseguenze degli infortuni durante l'attività lavorativa e nel tempo libero. Ogni copertura è assicurabile in base a libera scelta ed esigenza specifica.



Che cosa è assicurato?

Le conseguenze di Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali e/o extraprofessionali tramite la corresponsione di un indennizzo per:

- ✓ Il caso morte
- ✓ L'invalidità permanente
- ✓ L'inabilità temporanea
- ✓ Le spese di cura (opzionale) derivanti da infortunio, nei casi ad esempio:
 - di ricovero
 - di intervento chirurgico anche senza ricovero
 - relative al periodo di ricovero, quali gli onorari del chirurgo, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici, ed altro
 - le rette di degenza
 - le spese per accertamenti diagnostici
 - le spese per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche
 - di trattamenti fisioterapici o rieducativi
- ✓ Una indennità giornaliera (opzionale) a seguito di ricovero in Istituto di cura reso necessario da infortunio
- ✓ Una indennità giornaliera da convalescenza post ricovero
- ✓ Una indennità giornaliera (opzionale) a seguito di immobilizzazione con gesso o altro apparecchio immobilizzante applicato a titolo curativo per lesione traumatiche da infortunio

Sono altresì erogate prestazioni di:

- ✓ Assistenza post infortunio



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S., sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, epilessia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Sono esclusi dalla copertura:

- ✗ Gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato
- ✗ Le conseguenze derivanti dalla pratica di discipline sportive pericolose, anche se di carattere ricreativo
- ✗ Le conseguenze derivanti dall'esercizio di tutti gli sport praticati a livello professionistico, semiprofessionistico



Ci sono limiti di copertura?

- ! In caso di esistenza di altre polizze per lo stesso rischio
- ! Le garanzie possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici
- ! La Compagnia risarcisce il danno fino alla somma massima assicurata per ogni garanzia prestata, e stabilita in polizza

Per il dettaglio completo di esclusioni e limiti di copertura si rinvia al DIP Aggiuntivo ed alle Condizioni di Assicurazione



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide in tutto il mondo, tranne la garanzia Assistenza, che è valida soltanto in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano



Che obblighi ho?

- ! Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza o la riduzione dell'indennizzo.
- ! In caso di sinistro devi darne avviso non appena ne hai avuto conoscenza ed in ogni caso entro i 30 giorni successivi



Quando e come devo pagare?

- ✓ Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Il pagamento del premio può essere effettuato attraverso assegno bancario o circolare, bonifico bancario, bollettino postale, con strumenti elettronici di pagamento, con denaro contante nei limiti previsti dalle norme in vigore. Il premio è comprensivo di imposte



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- ✓ La copertura ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se la prima rata di premio è stata pagata, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.
- ✓ La validità dell'assicurazione è annuale, salvo quanto diversamente pattuito ed indicato in polizza



Come posso disdire la polizza?

- ✓ E' possibile disdire il contratto mediante lettera raccomandata da inviare alla Compagnia o all'agenzia, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

POLIZZA INFORTUNI
PRODOTTO "INFORTUNI"

**DIP AGGIUNTIVO – DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO DELLE POLIZZE
DI ASSICURAZIONE DANNI ED. 12/2021 – ultima disponibile**

COMPAGNIA – ASSICURATRICE MILANESE S.p.A.

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

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

Informazioni relative all'Impresa di Assicurazione

Assicuratrice Milanese S.p.A. Società di Assicurazioni in forma di società per azioni, fondata nel 1988, Società appartenente al "Gruppo Assicurativo Modena Capitale" e soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale S.p.A., iscritta all'Albo delle Società Capogruppo al numero 009.

Sede legale e Direzione Generale Corso Libertà 53 – 41018 San Cesario Sul Panaro MO Italia.

Recapito Telefonico: 059 7479111 – Fax 059 7479112 – Sito web www.assicuratricemilanese.it – indirizzo di posta elettronica: info@assicuratricemilanese.it – assicuratricemilanese@legalmail.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13/12/1988 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n 298 del 21/12/1988, ed iscritta al numero 1.00077 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 54.941.423, mentre il capitale Sociale dell'impresa ammonta ad € 50.000.000,44. La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari € 101.727.

Il Solvency Capital Requirement (SCR) è pari a € 26.371.658 e il Minimum Capital Requirement (MCR) è pari a € 8.013.039. Il Solvency Ratio (SCR Ratio) è pari a 231,88% e il Minimum Capital Requirement Ratio (MCR ratio) è pari a 763,13%.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2021.

Si precisa, che i dati sono riportati nella "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria (SFCR)" disponibile sul sito internet della Compagnia nella sezione "Chi siamo – relazioni SFCR". La relazione è recuperabile anche al seguente link:

[Relazione-Annuale-sulla-Solvibilita-e-Condizione-Finanziaria-SFCR-Indi....pdf \(assicuratricemilanese.it\)](#)

La legislazione applicabile al contratto, in base all'articolo 180 del D. Lgs. 209/2005 è quella italiana



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

Opzioni con riduzione di premio

- **Limitazione dell'assicurazione ai rischi professionali** – è possibile limitare la copertura assicurativa ai soli infortuni subiti nello svolgimento delle proprie attività professionali, a fronte di una riduzione di premio in relazione alla rischiosità della professione svolta
- **Limitazione dell'assicurazione ai rischi extraprofessionali** – è possibile limitare la copertura assicurativa ai soli infortuni subiti nella vita privata e nel tempo libero. Per tale opzione è prevista una tariffa dedicata
- **Franchigia fissa ed assoluta per garanzia Invalidità Permanente** – è possibile optare per l'applicazione di una franchigia fissa per la garanzia Invalidità permanente, il cui effetto prevede una scontistica del 20% da applicarsi al premio di garanzia.

Opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo

- **Spese di cura derivanti da infortunio** – è possibile estendere la copertura assicurativa alle spese di cura derivanti da infortunio attraverso una tariffa dedicata in funzione della somma assicurata scelta
- **Indennità giornaliera per inabilità temporanea** – è possibile estendere la copertura assicurativa, all'erogazione di una indennità per ciascun giorno di inabilità temporanea derivante da infortunio, attraverso il pagamento di un premio in funzione della somma assicurata
- **Indennità giornaliera a seguito di ricovero da infortunio** – è possibile estendere la copertura assicurativa, all'erogazione di una indennità per ciascuna giorno di ricovero presso istituto di cura resosi necessario da infortunio, attraverso il pagamento di un premio in funzione della somma assicurata
- **Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero e indennità giornaliera da immobilizzazione** – è possibile estendere, in presenza della garanzia *Indennità giornaliera a seguito di ricovero*, la copertura assicurativa all'erogazione di una indennità per ogni giorno di convalescenza post ricovero e di una indennità per ogni giorno di immobilità a causa di applicazione di gesso a titolo curativo per lesioni traumatiche da infortunio.
- **Tabella INAIL per i casi di Invalidità permanente** – è possibile scegliere la Tabella INAIL per la determinazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente, al posto di quella prevista dalle Condizioni di polizza. Tale opzione prevede un aumento del premio della garanzia Invalidità permanente del 10%.



Che cosa non è assicurato?

Oltre a quanto previsto dal DIP Danni – Infortuni

- Le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni
- Le conseguenze derivanti dall'esercizio di tutti gli sport praticati a livello professionistico, semiprofessionistico
- Dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo
- Dalla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio
- Dall'uso, anche come passeggero, di mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili
- da stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà
- Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- Da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere
- Da attività di volontariato o sportive svolte con carattere di continuità o di professionalità indipendentemente dallo scopo di lucro o dalla percezione di una qualunque remunerazione
- da epidemie e pandemie, incluse complicazioni e conseguenze tardive.

Per la Sezione Assistenza:

- da un tasso alcolemico uguale o superiore a 0,5 grammi/litro;
- dalla partecipazione a delitti commessi o tentati;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- dall'uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili;
- dalla pratica di sport aerei in genere;
- dalla pratica di sport costituenti attività professionale principale o secondaria, per la quale si percepisca una qualsiasi fonte di reddito; dalla pratica dello sport del paracadutismo;
- dalla partecipazione come conducente, pilota o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli, motoveicoli o natanti a motore;
- dallo svolgimento di attività con uso od impiego di esplosivi e/o armi da fuoco;
- dallo svolgimento di lavori in miniera o nel sottosuolo; in cave a giorno, pozzi e gallerie;
- dallo svolgimento dell'attività di vigile del fuoco, pirotecnico, palombaro, acrobata, controfigura, cascatore nonché pilota o equipaggio di aerei.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto previsto dal DIP Danni – Infortuni

- Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persona assicurate con Assicuratrice Milanese in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società stessa non potrà comunque superare l'importo di Euro 750.000. Detto limite si intende elevato ad Euro 1.000.000 in caso di incidente aereo. In entrambi i casi, qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopraindicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.
- La garanzia rimborso spese mediche prevede:
 - il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero ad eccezione dei trattamenti fisioterapici o rieducativi effettuati anche successivamente al ricovero stesso ma entro 60 giorni da quello di dimissione
 - il rimborso delle spese mediche in caso di infortunio; per i soli trattamenti fisioterapici o rieducativi, verranno rimborsate le spese sostenute nei 90 giorni successivi a quello dell'infortunio stesso, detratte del 25% e con il limite massimo del 30% della somma assicurata.
- L'indennizzo per la garanzia invalidità permanente viene determinato applicando una franchigia del 5% sulla somma assicurata da Euro 100.000 fino ad Euro 200.000, del 10% sulla somma assicurata eccedente Euro 200.000
- L'inabilità temporanea viene erogata al 100% per ciascun giorno di incapacità totale dell'Assicurato e al 50% per ciascun giorno di incapacità parziale. L'indennizzo è calcolato applicando una franchigia di sette giorni se la somma assicurata risulta essere pari o inferiore ad Euro 35, di dieci giorni se la somma assicurata è superiore ad Euro 35.
- L'inabilità temporanea viene erogata per un massimo di 365 giorni
- L'indennità giornaliera da ricovero viene erogata per un massimo di 90 giorni per sinistro e per un massimo di 180 per anno assicurativo.
- La diaria da convalescenza post ricovero viene erogata se il ricovero ha avuto una durata superiore a 10 giorni e per una indennità pari al 50% dell'importo previsto dalla garanzia di base Diaria da ricovero.
- L'indennità giornaliera da immobilizzazione viene erogata per un massimo di 30 giorni. Se il l'infortunio ha comportato sia il ricovero che l'ingessatura, tale indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo al giorno di dimissione.
- E' prevista una riduzione dell'indennizzo se l'Assicurato subisce un infortunio durante lo svolgimento di una attività professionale diversa da quella dichiarata; la riduzione è in funzione dell'attività svolta dall'Assicurato stesso.

Per la Sezione Assistenza:

- Le prestazioni di cure Manager e Assistenza Domiciliare Integrata possono essere richieste una volta per il Contraente/Assicurato e una volta per un solo familiare anziano per periodo assicurato



Che obblighi ho?

Cosa fare in caso di sinistro

- **Denuncia di sinistro** – in caso di sinistro la denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause e corredata di certificato medico deve essere fatta per iscritto entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. In ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea l'Assicurato deve inviare il relativo certificato medico, così come alla fine della inabilità. Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato avviso alla Società, mediante telegramma, lettera raccomandata o analoghi mezzi di comunicazione automatici (PEC). L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.
- **Assistenza diretta / in convenzione** – relativamente alla sezione Assistenza, le prestazioni sono erogate da Europ Assistance Italia S.p.A. tramite la propria struttura organizzativa
- **Gestione da parte di altre imprese** – relativamente alla sezione Assistenza la gestione è affidata a Europ Assistance Italia S.p.A.
- **Prescrizione** – i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

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

Obblighi della Società

- Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni, sempre che non sia stata fatta opposizione.



Quando e come devo pagare?

Premio

- Modalità di pagamento – non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Infortuni
- Frazionamento
 - aumento del 3% in caso di frazionamento semestrale
 - aumento del 4% in caso di frazionamento quadrimestrale

Rimborso

- In caso di recesso per sinistro esercitato in base alle condizioni di polizza, il Contraente ha diritto al rimborso del premio entro il trentesimo giorno successivo alla data di effetto del recesso, della parte di premio pagato e non dovuto al netto delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata – Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Infortuni

Sospensione – non è possibile sospendere le garanzie assicurative in corso di contratto



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione – non è previsto il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.

Risoluzione – Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni – Infortuni



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto a tutte le persone fisiche che desiderano tutelarsi dagli infortuni che possano verificarsi sia nella propria attività professionale che quella extraprofessionale, nonché alle persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati dai rischi degli infortuni accaduti nello svolgimento delle attività professionali



Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari per la vendita di questo prodotto percepiscono in media il 25% del premio imponibile pagato dal Contraente, per remunerazioni di tipo provvigionale

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa Assicuratrice

Il reclamo è "una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti della Società di assicurazione relativa ad un contratto o ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto".

La gestione dei reclami ricevuti, inclusi i relativi riscontri ai reclamanti, è devoluta ad una specifica funzione aziendale.

I reclami devono essere inoltrati, per iscritto, presso la Sede legale di Assicuratrice Milanese S.p.A. all'attenzione dell'Ufficio Reclami, Corso Libertà, 53 – 41018 San Cesario sul Panaro (MO), utilizzando una delle seguenti modalità:

- A mezzo messaggio di posta elettronica al seguente indirizzo: servizio.reclami@assicuratricemilanese.it
- Via fax al numero +39 059 8672387
- Con il servizio postale

La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo.

All'IVASS

Se l'impresa non fornisce risposta entro 45 giorni, se la stessa è considerata insoddisfacente in quanto asseritamente non completa e/o non corretta, ovvero in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni
Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma
Fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353
PEC: ivass@pec.ivass.it

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

- Nome, Cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico
- L'individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato
- Breve descrizione del motivo di doglianza
- Copia del reclamo già presentato direttamente alla Società corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa
- Ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo

Non rientrano nella competenza dell'IVASS:

- I reclami relativi alla quantificazione delle prestazioni assicurative e all'attribuzione di responsabilità, che devono essere indirizzati direttamente alla Società e che, in caso di ricezione, l'Istituto provvederà ad inoltrare alla Società entro 45 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti.
- I reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria

Sul sito internet di Assicuratrice Milanese S.p.A. e, precisamente, nella sezione "Reclami", è disponibile degli utenti, tramite apposito link, sia un modello di reclamo alla Compagnia, sia un modello di reclamo all'Istituto di Vigilanza

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it

La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo, 4 marzo 2010 n.° 28.

La richiesta di mediazione nei confronti di Assicuratrice Milanese S.p.A., deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli indicati nel sito ANIA, raggiungibile tramite il link www.ania.it/CONSUMATORI/Mediazione.html

le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari.

Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli e natanti.

Negoziazione assistita

È una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n.° 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere il risarcimento, a qualsiasi titolo, di somme inferiori a 50.000 Euro, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria, nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti. La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare quindi la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Arbitrato

Il presente contratto non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti.

Tuttavia il contratto, al solo fine della determinazione del danno, prevede che le Parti possano nominare propri periti i quali, in caso di disaccordo, devono nominare un terzo perito.

In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà.

In ogni caso è sempre possibile per il contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, è possibile:

- Contattare il numero 059/7479112
- Inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@assicuratricemilanese.it

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (C.D. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI ACCEDERE A TALE AREA PER CONSULTARE IL CONTRATTO STESSO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“POLIZZA INFORTUNI”

**DOCUMENTO REDATTO SECONDO LE LINEE GUIDA “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI” DEL TAVOLO
TECNICO ANIA – ASSOCIAZIONE CONSUMATORI – ASSOCIAZIONE INTERMEDIARI**

Il presente Documento   redatto in base alle disposizioni dell'Articolo 166 comma 2 del Nuovo Codice delle Assicurazioni Private (D. Lgs. 7 settembre 2005, n.  209), secondo il quale le clausole che indicano decadenze, nullit  o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate con carattere di particolare evidenza.

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n.  7 del 16/7/2013, si comunica che sul sito internet di Assicuratrice Milanese – www.assicuratricemilane.it –   disponibile l'AREA RISERVATA, che consente, ad ogni singolo cliente, di consultare il dettaglio delle proprie polizze e delle relative scadenze.

L'accesso   gratuito attraverso la registrazione al Servizio

INDICE

GLOSSARIO	2
------------------	----------

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	3
--	----------

SEZIONE INFORTUNI	4
--------------------------	----------

• CHE COSA POSSO ASSICURARE	4
• COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	6
• CHE COSA NON � ASSICURATO	6
• LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA	7
• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE	8

SEZIONE ASSITENZA	10
--------------------------	-----------

• CHE COSA POSSO ASSICURARE	10
• COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO	11
• CHE COSA NON � ASSICURATO	12
• LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA	12
• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE	13



GLOSSARIO

DEFINIZIONI SEZIONE INFORTUNI

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

Assicurazione: è il contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (Art. 1882 del C.C.).

Beneficiario: il Soggetto cui è destinata – per volontà espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato – o per eredità legittima o testamentaria, la somma garantita per il caso di morte dell'Assicurato.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto a domicilio al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Franchigia: parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Immobilizzo: ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse le fasciature funzionali, collari, tutori e simili)

Inabilità temporanea: la perdita temporanea a seguito di infortunio, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Invalidità permanente: la perdita definitiva a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla sua professione.

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

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Parti: Il Contraente / Assicurato e la Società.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Assicuratrice Milanese S.p.A.

DEFINIZIONI SEZIONE ASSISTENZA

Assicurato: la persona fisica residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, il cui nominativo è riportato sul Modulo di Polizza.

Abitazione: l'abitazione corrispondente alla residenza anagrafica dell'Assicurato oppure quella in cui risiede per la maggior parte dell'anno.

Centro Medico di Riferimento: ospedali e cliniche della rete degli Istituti di Ricerca e Cura a carattere scientifico, strutture per curarsi, che danno un secondo parere medico dopo aver visto la documentazione medica.

Contraente: la persona fisica residente in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano, o la persona giuridica con sede legale in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano, che acquista e firma il Modulo di Polizza in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano, per sé o per altre persone.

Europ Assistance: La società di assicurazione, cioè Europ Assistance Italia S.p.A. in Piazza Trento n. 8 - 20135 Milano, autorizzata con il decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) e iscritta alla sezione I dell'Albo delle società di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108. Europ Assistance è una società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, diretta e coordinata da Assicurazioni Generali S.p.A.

Familiare anziano: la madre, il padre, il nuovo marito della madre, la nuova moglie del padre, lo zio, la zia, il coniuge, il convivente more uxorio, il partner dell'unione civile dell'Assicurato di età superiore a 65 anni.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna. La conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio sono lesioni fisiche oggettivamente constatabili che provochino la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Invalidità permanente: È la perdita che l'Assicurato ha per sempre, di svolgere un qualsiasi lavoro, qualunque sia la sua professione. Può essere totale oppure colpire l'Assicurato solo in parte. Deve essere causata da infortunio.

Non autosufficienza: è la necessità di assistenza da parte di un'altra persona nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, quali: - farsi il bagno o la doccia; - vestirsi e svestirsi; - igiene del corpo; - mobilità; - continenza; - bere e mangiare.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nel momento del bisogno, da parte di Europ Assistance tramite la Struttura Organizzativa.

Residenza: il luogo in cui l'Assicurato abita come risulta da certificato anagrafico.

Ricovero: la permanenza in un Istituto di Cura di almeno una notte.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è riconosciuta la prestazione/garanzia assicurativa.

Struttura Organizzativa: la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.



NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. I – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. II – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'articolo 1901 C.C. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. III – Modifiche dell'assicurazione – Aggravamento del rischio – Diminuzione del rischio

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto. Il Contraente, o l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile. Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio, o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'articolo 1897 C.C.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. IV – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione in corso.

Art. V – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. VI – Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sulle medesime cose e per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato. Qualora la somma di tali indennizzi – escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore insolvente – superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto, esclusa comunque ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Art. VII – Oneri fiscali

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

Art. VIII – Rinvio alle norme di legge

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



SEZIONE INFORTUNI

COSA POSSO ASSICURARE

Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione

Premesso che:

si intende per infortunio esclusivamente ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza
- di ogni altra attività di carattere non professionale

Sono considerati infortuni anche:

- ✓ l'asfissia di origine non morbosa
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- ✓ l'annegamento
- ✓ l'assideramento o congelamento
- ✓ i colpi di sole o di calore
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti
- ✓ le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta un'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza), fino ad un massimo di 15 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operatività dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'articolo 1.21.

sono inoltre compresi gli infortuni sempre che si verifichino nell'ambito di un infortunio come definito al comma 1:

- ✓ derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 C.C.);
- ✓ derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- ✓ derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sindacale o sociale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva e volontaria (in deroga all'articolo 1912 C.C.);
- ✓ sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona;
- ✓ derivanti da stato di guerra, in deroga all'articolo 1912 C.C., per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero.

Art. 1.2 – Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Art. 1.3 – Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione dell'articolo 60, comma 3) del C.C. o dell'articolo 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziarica ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai Beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 1.4 – Invalidità permanente

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, la Società corrisponde l'indennizzo determinato secondo i criteri contenuti nella:

- **TABELLA PERCENTUALI INDENNIZZO INVALIDITA' PERMANENTE"**
 - o di cui alla Sezione "COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE"

Art. 1.5 – Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero su velivoli e elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile.

Art. 1.6 – Commorienza dei genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap

Nel caso in cui a seguito di infortunio determinato dal medesimo evento, ne consegua la morte contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, la Società liquiderà una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante ai figli conviventi minorenni a prescindere che gli stessi risultino beneficiari della prestazione o meno.

Vengono equiparati ai figli minorenni i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 65%.

La presente garanzia non si estende agli infortuni di cui all'Articolo 1.5 – Rischio volo

Il massimo esborso a carico della Società, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo indicato al paragrafo LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA.

Art. 1.7 – Perdita anno scolastico

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che comporti l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la Società liquida una indennità per le spese di recupero dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità verrà effettuato a seguito del rilascio di specifica certificazione da parte dell'Autorità scolastica, che attesti la perdita dell'anno scolastico dovuta ad assenza dalla lezione.

La presente garanzia opera nei limiti indicati al paragrafo LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA.



Art. 1.8 – CONDIZIONI FACOLTATIVE

Operanti solo se previste o richiamate in scheda di polizza

Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione. La durata massima è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

Diaria da convalescenza post ricovero (operante in automatico con la Condizione facoltativa "diaria da ricovero per infortunio")

In caso di ricovero superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità pari al 50% dell'importo convenuto alla garanzia "Diaria da ricovero per infortunio" per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni.

Diaria per immobilizzo da infortunio – condizione aggiuntiva alla diaria da ricovero per infortunio

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro apparecchio immobilizzante comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili) applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche accertate da Ente ospedaliero riconosciuto dal S.S.N., o tramite Pronto Soccorso o da Medico ortopedico specialista, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata in polizza fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 30 giorni.

Viene riconosciuta la diaria per immobilizzo, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali e delle singole dita della mano e del piede.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno successivo al giorno di dimissione.

Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata:

- Integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- Al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni.

Rimborso spese mediche per infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura fino alla concorrenza della somma indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

- Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - Onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria. Diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - Rette di degenza (esclusa ogni spesa di natura alberghiera);
 - Assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali somministrati durante il ricovero;
 - Trattamenti fisioterapici rieducativi (escluse le cure termali) effettuate nel periodo di ricovero e sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;
 - Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets.
- Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - Prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche;
 - Gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - Trattamenti fisioterapici o rieducativi (escluse le cure termali) effettuati nei 90 giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto previa detrazione del 25% delle spese e per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato. Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.

Art. 1.9 – ULTERIORI CONDIZIONI FACOLTATIVE

Operanti solo se richiamate in scheda di polizza

A) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità.

B) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali

L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità.

C) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella INAIL)

A parziale deroga dell'articolo 1.22, la tabella delle percentuali d'invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute anteriormente alla data di stipulazione della polizza. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge stessa.

D) Franchigia assoluta e differenziata per invalidità permanente

L'articolo 1.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:

"In caso d'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000 e fino a € 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 7%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000 e fino al massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Art. 1.10 – Limite di età

Sono assicurabili le persone di età non superiore ai 75 anni. La garanzia vale per le persone di età superiore a 75 anni esclusivamente fino alla data della prima scadenza annuale del premio.

Art. 1.11 – Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'articolo 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 1.12 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dalla guida di aeromobili, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di mezzi per il volo non considerati aeromobili dalle leggi in materia, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- d) dalla pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, canoa fluviale, rafting, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, tuffi controllati da corda elastica, sci acrobatico, arrampicata libera (free climbing), scalata di rocce o ghiaccio oltre il grado "terzo" della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), slittino da gara, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore;
- e) dall'esercizio di tutti gli sport praticati a livello professionistico, semiprofessionistico o svolti sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione;
- f) da stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- g) da movimenti tellurici, maremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- i) da contaminazione nucleare, biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
- j) da attività di volontariato o sportive svolte con carattere di continuità o di professionalità indipendentemente dallo scopo di lucro o dalla percezione di una qualunque remunerazione
- k) da epidemie e pandemie, incluse complicazioni e conseguenze tardive.

Servizio militare – l'assicurazione non è operante per gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. 1.13 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Società entro 30 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.



LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI – TABELLA RIASSUNTIVA

Art. 1.14 – Limite massimo di indennizzo

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile, per nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare somma superiore a quella assicurata.

Ad integrazione di quanto previsto al paragrafo "COSA POSSO ASSICURARE"

Art. 1.15 – Limite di risarcimento per sinistri catastrofali – Limite Rischio volo

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 750.000.

Detto limite s'intende elevato a € 1.000.000 in caso di incidente aereo che colpisca più persone assicurate, in qualità di passeggeri di aeromobili, con questa e con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente.

In entrambi i casi qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano i limiti sopraindicati, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detti limiti e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 1.16 – Franchigia assoluta per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- Sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000, la Società corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000 e fino a € 200.000, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- Sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000 e fino al massimo della somma assicurata, la Società non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 1.17 – Franchigia assoluta per inabilità temporanea

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) Se la somma assicurata per inabilità temporanea è pari o inferiore a € 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;
- b) Se la somma per inabilità temporanea è superiore a € 35, l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui ai precedenti punti a) e b) verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Tabella riassuntiva

ULTERIORI LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI, SONO RIPORTATI NELLA SEGUENTE TABELLA RIASSUNTIVA

GARANZIA	LIMITE DI INDENNIZZO	SCOPERTO / MINIMO	FRANCHIGIA
Invalità permanente	Vedasi Articolo 1.22 TABELLA PERCENTUALI INDENNIZZO INVALIDITA' PERMANENTE		Vedasi Articolo 1.16 Franchigia assoluta per Invalità permanente
Commorienza genitori	Euro 100.000		
Perdita anno scolastico	Euro 2.500 Per assicurati di età non superiore ai 20 anni		
CONDIZIONI FACOLTATIVE			
Diaria da ricovero da infortunio	90 giorni per evento 180 giorni per anno		
Diaria da convalescenza post ricovero	50% dell'importo assicurato "Diaria di ricovero" per un massimo di 30 giorni		
Diaria per immobilizzo da infortunio	30 giorni		
Inabilità temporanea	365 giorni		
Rimborso spese mediche per infortunio	30% della somma assicurata	25% delle spese sostenute	



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO – PROCEDURE

Art. 1.18 – Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi

La denuncia dell'infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Società od all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro tre giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente/Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Il Contraente/Assicurato deve prontamente inviare certificato medico in ogni caso di prolungamento del periodo di inabilità temporanea, nonché inviare certificato medico attestante la fine della malattia o della inabilità.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso telegrafico alla Società.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 1.19 – Criteri di indennizzo

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'eventuale incidenza che l'infortunio esercita in dette preesistenti condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 1.20 – Cumulabilità indennizzo Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 1.21 – Controversie sulla determinazione del danno

In caso di infortunio se sorgono divergenze sulla natura medica, sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti, la loro determinazione viene demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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



Art. 1.22 – TABELLA PERCENTUALI INDENNIZZO INVALIDITA' PERMANENTE

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente, la Società corrisponde l'indennizzo determinato con i seguenti criteri:

- a) se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata (invalidità permanente totale);
- b) se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente (invalidità permanente parziale), che va accertata facendo riferimento ai valori delle menomazioni contenuti dalla TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITA' PERMANENTE, di cui sotto:

	Destro	Sinistro
perdita, anatomica o funzionale di:		
• Un arto superiore	70%	60%
• Una mano o un avambraccio	60%	50%
• Un pollice	18%	16%
• Un indice	14%	12%
• Un medio	8%	6%
• Un anulare	8%	6%
• Un mignolo	12%	10%
• Una falange ungueale del pollice	9%	8%
• Una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
Anchilosi:		
• Della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
• Del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• Del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• Del nervo radiale	35%	30%
• Del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia		70%
• al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60%
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%
Perdita anatomica o funzionale di:		
• un piede		40%
• ambedue i piedi		100%
• un alluce		5%
• un dito del piede diverso dall'alluce		1%
• falange ungueale dell'alluce		2,5%
Anchilosi:		
• dell'anca in posizione favorevole		35%
• del ginocchio in estensione		25%
• della fibio-tarsica ad angolo retto		10%
• della fibio-tarsica con anchiloso della sotto astragalica		15%
Paralisi completa del nervo:		
• sciatico popliteo esterno		15%
Esiti di frattura scomposta di una costola		1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale		12%
• una vertebra dorsale		5%
• 12° dorsale		10%
• una vertebra lombare		10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2%
Esiti di frattura del sacro		3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme		5%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un occhio		25%
• ambedue gli occhi		100%
Sordità completa di:		
• un orecchio		10%
• ambedue gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
• monolaterale		4%
• bilaterale		10%
Perdita anatomica di:		
• Un rene		15%
• Della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dello stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, in riferimento alle percentuali dei casi riportati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.



SEZIONE ASSISTENZA

COSA POSSO ASSICURARE

Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione

GARANZIA ASSISTENZA POST INFORTUNIO PRESTAZIONI SOLO IN CASO DI INFORTUNIO RIENTRANTE TRA QUELLI RIPORTATI NELLA TABELLA DI CUI ALL'ARTICOLO 1.22

1. CARE MANAGER

(Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00)

Se a causa di un infortunio hai bisogno di una consulenza socio-assistenziale:

- a) per te e/o
- b) per un tuo familiare anziano non autosufficiente di cui non ti puoi prendere cura puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che attiva il Care Manager.

Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico:

- con te e, in caso di impossibilità, con i tuoi familiari, nel caso a)

e/o

- con il tuo familiare anziano e in caso di impossibilità con te, nel caso b)

valuta le diverse esigenze di Cura.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- indicazione dei parametri da monitorare;
- indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari/sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Se lo ritiene necessario, il Care Manager, organizza un sopralluogo presso la tua abitazione e può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

Attenzione!

Al fine dell'erogazione della prestazione per il tuo familiare anziano, è necessario che tu ottenga il suo consenso o di chi ne fa le veci.

2. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa, su valutazione del Care Manager, organizza e gestisce il ricovero per te e/o per un tuo familiare anziano in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e per ciascun soggetto coinvolto (tu e il tuo familiare anziano).**

La modalità per l'accesso ed erogazione della Prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal Care Manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

Servizi Sanitari

Se tu o il tuo familiare anziano avete bisogno di eseguire presso le rispettive abitazioni prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti.

La Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e per ciascun soggetto coinvolto (tu e il tuo familiare anziano).**

Servizi Non Sanitari

Se tu e/o il tuo familiare anziano non potete lasciare le rispettive abitazioni, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso l'abitazione tua e/o del tuo familiare anziano personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, gestione di figli minori.

La Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo e per ciascun soggetto coinvolto (tu e il tuo familiare anziano).**

Servizi Socio-Assistenziali

La Struttura Organizzativa sulla base delle necessità di assistenza per te e/o per il tuo familiare anziano individua il personale più idoneo, Operatore Socio-Sanitario e/o socioassistenziale (Badante). La Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un Operatore Sociosanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (Badante), secondo le disponibilità.

La Compagnia tiene a proprio carico i costi per un massimo di 15 giorni consecutivi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo.

3. RICERCA E PRENOTAZIONE CENTRI RIABILITATIVI

Se devi sottoporri a riabilitazione fisioterapica, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa dopo aver analizzato il tuo caso e sentito eventualmente il tuo medico curante, trova il Centro riabilitativo in Italia più adatto alle tue necessità e prenota per te gli appuntamenti secondo le disponibilità tue e del Centro stesso.



4. TRASFERIMENTO IN UNA STRUTTURA RIABILITATIVA IN ITALIA

Se devi sottoporerti a riabilitazione e per questo motivo devi essere ricoverato in una struttura sanitaria autorizzata per la riabilitazione, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa dopo aver analizzato il tuo caso e sentito eventualmente il tuo medico curante organizza il tuo trasporto in autoambulanza nella struttura riabilitativa senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario. La Compagnia tiene a proprio carico i relativi costi.

5. RIENTRO DALLA STRUTTURA RIABILITATIVA IN ITALIA

Prestazione erogabile a seguito della prestazione "TRASFERIMENTO IN UNA STRUTTURA RIABILITATIVA IN ITALIA". Se vieni dimesso dopo la degenza e devi rientrare alla tua residenza, la Struttura Organizzativa organizza il tuo rientro con il mezzo che i suoi medici in accordo con il tuo medico curante ritengono adatto alle tue condizioni.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

I mezzi di trasporto sono:

- il treno in prima classe e, se è necessario, il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto se i suoi medici lo ritengono necessario. La Compagnia tiene a proprio carico i relativi costi.

6. RICERCA NEGOZI PER ARTICOLI SANITARI, PRESIDI, E PROTESI

Se devi comprare articoli sanitari, presidi e protesi, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che ti indica il negozio più vicino alla tua abitazione.

Attenzione!

La Struttura Organizzativa ti fornisce solo le informazioni utili. Il costo degli articoli sanitari, dei presidi e delle protesi è a carico tuo.

7. SUPPORTO PSICOLOGICO

Se hai bisogno di un aiuto psicologico, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che ti organizza un incontro con uno psicologo. **La Compagnia tiene a proprio carico un massimo di 6 sedute con il limite complessivo di Euro 1.000,00 per sinistro e anno assicurativo.**

8. JOB COACHING

Se l'infortunio che hai subito ha comportato lesioni fisiche tali per cui non puoi più svolgere la tua attività lavorativa, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa mette a tua disposizione un coach esperto in consulenza in ambito lavorativo che organizzerà 6 sessioni individuali per supportarti nel percorso di ricollocazione professionale.

Oggetto delle sessioni saranno le seguenti tematiche:

ANALISI

- Presentazione del percorso.
- Analisi persona e profilo professionale.
- Bilancio competenze.
- Orientamento e ridefinizione obiettivo professionale.

PREPARAZIONE

- Confronto con il mercato.
- Definizione gap da colmare.
- Definizione degli strumenti di self-marketing.
- Individuazione canali di contatto.

CAMPAGNA DI RICERCA

- Analisi opportunità.
- Preparazione ai colloqui.

FOLLOW UP

- Monitoraggio delle attività intraprese.
- Individuazione azioni di miglioramento.

Le sessioni saranno della durata di un'ora ciascuna. **La durata massima del percorso, fermo il numero massimo di 6 sessioni, sarà di 4 mesi dalla data di attivazione della Struttura Organizzativa.**

La Compagnia tiene a proprio carico i relativi costi.

COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

Art. 2.2 – Estensione territoriale

Le Garanzie "Assistenza post infortunio" sono valide in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Art. 2.3 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni, salvo il caso in cui l'Assicurato abbia continuato a pagare regolarmente il premio anche oltre il limite di età assicurabile ed il premio non sia stato restituito dalla Società.

Art. 2.4 – Limitazione di responsabilità

La Compagnia non è responsabile dei danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza,
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.



COSA NON È ASSICURATO

Art. 2.5 – Esclusioni

Sono esclusi da tutte le Garanzie gli infortuni causati:

- a) da tuo dolo;
- b) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- c) da un tasso alcolemico uguale o superiore a 0,5 grammi/litro;
- d) dalla tua partecipazione a delitti da te commessi o tentati;
- e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- f) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se sei privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che tu abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- g) da trasformazioni o assetamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- h) da guerra e insurrezioni;
- i) dall'uso, anche come passeggero di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili;
- j) dalla pratica di sport aerei in genere;
- k) dalla pratica di sport costituenti per te attività professionale principale o secondaria, per la quale si percepisca una qualsiasi fonte di reddito;
- l) dalla pratica dello sport del paracadutismo;
- m) dalla partecipazione come conducente, pilota o passeggero a corse, gare, prove, allenamenti comportanti l'uso di veicoli, motoveicoli o natanti a motore;
- n) dallo svolgimento di attività con uso od impiego di esplosivi e/o armi da fuoco;
- o) dallo svolgimento di lavori in miniera o nel sottosuolo;
- p) dallo svolgimento di lavori in cave a giorno, pozzi e gallerie;
- q) dallo svolgimento dell'attività di vigile del fuoco, pirotecnico, palombaro, acrobata, controfigura, cascatore nonché pilota o equipaggio di aerei.

È inoltre escluso tutto quanto non è indicato nelle singole Garanzie.

LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Art. 2.6 – Limiti delle prestazioni

Puoi richiedere 1 volta le prestazioni CARE MANAGER e A.D.I. per te (Contraente/Assicurato) e 1 volta per un solo familiare anziano, in ciascun anno di durata della Polizza.

Art. 2.7 – Sanzioni internazionali

Europ Assistance non è tenuta a garantire la copertura assicurativa e non è obbligata a pagare l'Indennizzo e/o Risarcimento o a riconoscere alcun beneficio previsto dalla presente Polizza se la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Risarcimento od il riconoscimento di tale beneficio espone Europ Assistance a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea o degli USA. Questa clausola prevarrà su qualsiasi condizione contraria eventualmente contenuta in questa Polizza.

Puoi verificare l'elenco aggiornato dei Paesi soggetti a sanzioni al seguente link:

<https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are/international-regulatory-information>

Inoltre, la Polizza non è operante nei seguenti Paesi: Siria, Corea del Nord, Iran e Venezuela e in Crimea Attenzione!

Se sei una "United States Person" e sei a Cuba, per poter avere l'assistenza, Indennizzi/Risarcimenti previsti in Polizza devi dimostrare ad Europ Assistance di essere a Cuba rispettando le leggi USA.

Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba Europ Assistance non può erogare l'assistenza e riconoscerti Indennizzi/Risarcimenti.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie anche eventualmente riferite alla singola struttura sanitaria/ospedaliera o centro medico per il contenimento e il contrasto del diffondersi di epidemie/pandemie sul territorio.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO – PROCEDURE

Art. 2.8 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se non telefoni, la Struttura Organizzativa, Europ Assistance può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile.

COME CONTATTARE EUROP ASSISTANCE

In caso di erogazione di prestazioni di Assistenza e in caso di pagamento diretto delle prestazioni mediche, la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24 a tua disposizione, per intervenire o indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:
800.93.88.22

e

02.58.24.62.03

Dovrai comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- Numero della Polizza;
- Indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- Recapito telefonico.

Qualora fossi nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrai inviare: un fax al numero 02.58477201 oppure un telegramma a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO

IMPORTANTE: non fare niente senza avere prima chiamato la Struttura Organizzativa

Europ Assistance per poter erogare le prestazioni/garanzie previste in Polizza deve effettuare il trattamento dei tuoi dati e a tal fine necessita, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali, in caso di trattamento di dati relativi alla salute, del tuo consenso. Pertanto, contattando o facendo contattare Europ Assistance, fornisci liberamente il tuo consenso al trattamento dei tuoi dati personali relativi alla salute, così come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati ricevuta.

Per avere informazioni sulla Polizza puoi telefonare dall'Italia il Numero Verde 800-013529 dal lunedì al sabato esclusi i festivi, dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CLIENTI / ASSICURATI / PROSPECT RAMI DANNI

1. Titolare del trattamento

Assicuratrice Milanese S.p.A., con sede legale in Corso Libertà, 53 - 41018 San Cesario sul Panaro (MO), CF e P.IVA 08589510158 (di seguito, "Titolare"), in qualità di titolare del trattamento, La informa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito, "GDPR") che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti.

2. Responsabile Protezione Dati

Il Responsabile Protezione Dati della Compagnia risponde ai seguenti indirizzi di contatto:

- Assicuratrice Milanese S.p.A., Corso Libertà, 53 – 41018, San Cesario sul Panaro (MO)
- dpo@assicuratricemilanese.it

3. Finalità del trattamento

I suoi dati personali – ivi compresi quelli appartenenti alle categorie particolari¹ - da Lei conferiti in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare, saranno utilizzati in osservanza e nel rispetto delle disposizioni in materia di trattamento e protezione dei dati personali, per le seguenti finalità:

¹ L'art. 4 n. 1 del GDPR definisce come dato personale: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale o identificabile, anche indirettamente, oppure le informazioni riguardanti una persona la cui identità è nota o può comunque essere accertata mediante informazioni supplementari (Convenzione 108 del 1981, art. 2, lett. a) e Direttiva sulla protezione dei dati 95/46/CE, articolo. 2, lett. a)).

La persona a cui si riferiscono i dati soggetti al trattamento si definisce "interessato".

I dati personali si dividono in due categorie principali:

- i dati identificativi: le informazioni di identificazione personale (PII, Personally Identifiable Information) sono dati che consentono l'identificazione diretta dell'interessato. Secondo la definizione utilizzata dall'Istituto nazionale degli standard e della tecnologia (NIST) tra tali dati rientrano:
 - nome e cognome
 - indirizzo di casa
 - indirizzo email
 - numero identificativo nazionale
 - numero di passaporto
 - indirizzo IP (quando collegato ad altri dati)
 - numero di targa del veicolo
 - numero di patente
 - volto, impronte digitali o calligrafia
 - numeri di carta di credito
 - identità digitale
 - data di nascita
 - luogo di nascita
 - informazioni genetiche
 - numero di telefono
 - account name o nickname.

A) Anche senza il consenso espresso (art. 6 lett. b) - e) del GDPR):

- i. **per attività preliminari all'instaurazione del rapporto assicurativo:** predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza; valutazione delle richieste ed esigenze dell'assicurato; identificazione del "mercato di riferimento" al quale l'assicurato appartiene o strumentali alle predette (quali, a titolo esemplificativo la registrazione, l'organizzazione e l'archiviazione dei dati raccolti per i trattamenti in argomento);
- ii. **per finalità "assicurative":** quindi per finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali da parte del Titolare, per lo svolgimento dell'attività assicurativa e di coassicurazione per l'ulteriore distribuzione del rischio; per la valutazione del rischio assicurato e per la gestione e liquidazione dei sinistri; la registrazione e l'accesso al servizio "home insurance" attraverso il quale consultare i contratti assicurativi in essere con la Compagnia; per la raccolta del premio assicurativo; per il pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto, per finalità di riassicurazione;
- iii. **per l'adempimento di specifici obblighi di legge e tutela del Titolare in sede giurisdizionale:** prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; antiterrorismo, gestione e controllo interno; vigilanza assicurativa sui sinistri; etc..

N.B. Si precisa che, qualora per i trattamenti sopra indicati fosse necessaria l'acquisizione di dati appartenenti alle categorie particolari (a titolo esemplificativo, dati relativi allo stato di salute) Le sarà richiesto uno specifico consenso quale preconditione necessaria della legittimità dei trattamenti. Il mancato conferimento di tali dati o l'eventuale esercizio da parte sua dei diritti di cui al successivo articolo 9 potrebbero comportare **l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.**

B) Solo previo specifico consenso (art. 7 GDPR):

- i. **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare:** quali l'invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate alla clientela, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di propri prodotti o servizi della Società o di altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale (con modalità automatizzate, tra cui a titolo esemplificativo la posta elettronica, sms, mms, smart messaging, ovvero attraverso l'invio di messaggi a carattere commerciale veicolati attraverso l'home insurance, oltre alle modalità tradizionali quali, invio di posta cartacea e telefonate con operatore), nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti;

• **Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)**

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.

- ii. **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze:** i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali, a titolo esemplificativo, le Società del Gruppo Modena Capitale Estense). Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i Suoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

Per le finalità di trattamento descritte

- Nell'ambito del Ramo Responsabilità civile auto (in breve RCA) la raccolta dei dati, potrà avvenire presso l'interessato o presso altri soggetti o tramite strumenti elettronici (quali, ad esempio i prodotti che prevedono la Scatola Nera che può essere da Lei installata sul Suo veicolo per fini assicurativi); i dati potranno essere riferiti all'interessato stesso o a terzi (a titolo esemplificativo, famigliari o terzi danneggiati in un sinistro; etc.).

Sono altresì necessarie attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato per il calcolo del rischio e del relativo premio assicurativo: per maggiori informazioni La invitiamo a visionare il successivo articolo 8 "Esistenza di un processo decisionale automatizzato". La Società potrà acquisire non direttamente da Lei i seguenti dati relativi alla circolazione del veicolo assicurato, quali ad esempio: i Km complessivi percorsi, i Km percorsi oltre il limite nominale di velocità per tipologia di strada, l'accadimento di eventuali urti con altri veicoli o ostacoli.

- Nell'ambito degli altri Rami Danni, la raccolta dei dati potrà avvenire presso l'interessato o presso altri soggetti o tramite strumenti elettronici (quali, ad esempio, banche dati per la verifica dei dati catastali o gli albi professionali); i dati potranno essere riferiti all'interessato stesso o a terzi (a titolo esemplificativo, famigliari o terzi danneggiati in un sinistro, etc.).

Nel caso in cui l'interessato comunichi dati personali relativi a terzi, è responsabile della suddetta comunicazione ed è tenuto ad informarli nonché acquisire il preventivo consenso espresso di detti terzi all'utilizzo dei loro dati in esecuzione e nello svolgimento dei rapporti con il Titolare; con gli altri soggetti che supportano il Titolare nello svolgimento di detti trattamenti e con le altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale.

La mancata prestazione del consenso al trattamento dei suoi dati (**ivi comprese le categorie particolari di dati**) per le finalità di cui alla **lettera B)**, comporta unicamente l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati, di svolgere le attività connesse ai trattamenti indicati e per l'interessato, a titolo esemplificativo, di ricevere comunicazioni di marketing, eventualmente personalizzate che non determinano alcuna conseguenza rispetto alle attività e trattamenti di natura assicurativa e sui rapporti giuridici in corso o in fase di costituzione di cui alla **lettera A)**.

Per lo svolgimento delle attività strumentali e funzionali a detti trattamenti (**lettere A e B**), ci si potrà avvalere di altre Società - di norma designate Responsabili del trattamento - e di altre società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, anch'esse designate Responsabili del trattamento.

4. Base giuridica dei trattamenti

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- paragrafo **3.A**, la base giuridica degli stessi sono:
 - (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione; individuazione delle richieste e bisogni della clientela; classificazione del cliente nel corretto mercato di riferimento; etc.);
 - (ii) adempimenti agli obblighi contrattuali (ivi incluse le attività di raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; etc.);
 - (iii) adempimento alla normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche antiterrorismo, etc.) ed al perseguimento dell'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, indagini, tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).
- paragrafo **3.B**, la base giuridica degli stessi sono: i consensi eventualmente prestati.

5. Categorie di destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui al **par. 3.A** (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge) i dati potranno essere conosciuti da parte di:

- dipendenti e collaboratori del Titolare o delle Società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale cui appartiene il Titolare, con cui sussistono appositi accordi per la prestazione di servizi, designati incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- (i) assicuratori, coassicuratori e riassicuratori (ii) distributori assicurativi (agenti, broker, banche) (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale; (v) legali; periti; medici; centri medici, soggetti coinvolti nelle attività di riparazione automezzi e beni assicurati (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Ivass ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.

Per le finalità di cui al **par. 3.B** (trattamenti svolti per finalità di marketing e ricerche di mercato) i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie: (i) società del Gruppo Modena Capitale Estense; (ii) società del Gruppo Assicurativo Modena Capitale (iii) società di servizi; fornitori; outsourcer, etc..

6. Trasferimento dati

La gestione e la conservazione dei dati personali avverranno su server ubicati all'interno dell'Unione Europea del Titolare e/o di società terze incaricate e debitamente nominate Responsabili del trattamento. Attualmente i server sono situati in Italia. I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione Europea e/o Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. Periodo di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali verranno conservati per il seguente periodo di tempo:

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.A – RAMO RCA:

- i. dati precontrattuali (in caso di mancata stipula della polizza): per 60 giorni dalla data di decorrenza del preventivo/quotazione;
- ii. dati contrattuali: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo che potranno estendersi fino a 20 qualora si sia verificato un sinistro con conseguenze “mortalì” connesso alla polizza assicurativa;
- iii. dati inerenti alle attività antifrode e all'attività di contrasto al terrorismo: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo; dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.A – ALTRI RAMI DANNI:

- i. dati contrattuali: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo che potranno estendersi fino a 20 qualora si sia verificato un sinistro con conseguenze “mortalì” connesso alla polizza assicurativa;
- ii. dati inerenti alle attività antifrode e all'attività di contrasto al terrorismo: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo; dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;

In riferimento ai trattamenti di cui al paragrafo 3.B: due anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità.

8. Esistenza di un processo decisionale automatizzato

Nell'ambito del Ramo RCA

La informiamo che la Compagnia, al fine di valutare e predisporre i propri preventivi, calcolare la classe di rischio ed il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, necessita di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando i dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato e pregressi eventi (quali, ad esempio i sinistri). Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza precipua di calcolo del rischio connesso con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Inoltre, come stabilito dalla normativa, è possibile che alcune tipologie di prodotti assicurativi inerenti alla RCA prevedano l'inserimento sul mezzo di trasporto di dispositivi elettronici di tracciamento degli eventi, comunemente chiamati “Scatola Nera”. In questo caso, la Compagnia potrebbe trattare i relativi dati personali connessi all'attività del veicolo in connessione ad eventi rilevanti quali incidenti o contestazioni aventi valenza in base al rapporto assicurativo. A tal riguardo, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale e nella sua esecuzione sulla base delle vigenti norme che hanno introdotto l'uso di tali strumentazioni in ausilio all'attività di accertamento dei fatti in occasione di contestazioni e indagini nascenti da eventi stradali.

Infine, la Compagnia può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività antifrode ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiterrorismo.

Nell'ambito degli altri Rami Danni

La Compagnia può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività antifrode ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiterrorismo.

9. Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato possiede i diritti di cui all'art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

- i. ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- ii. ottenere l'indicazione:
 - a. dell'origine dei dati personali;
 - b. delle finalità e modalità del trattamento;
 - c. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d. degli estremi identificativi del titolare e dei responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR;
 - e. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR e precisamente:

- f. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- g. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- h. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere precedenti sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- i. l'opposizione, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- j. nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

N.B. I diritti di cui agli artt. 16 – 21 del GDPR sono esercitabili dall'interessato ove la loro applicabilità non pregiudichi la gestione del rapporto assicurativo e l'adempimento ad obblighi di legge o regolamentari previsti dalla normativa primaria e secondaria applicabile al settore assicurativo.

10. Modalità di esercizio dei diritti

Per l'esercizio dei propri diritti potrà avvalersi delle seguenti modalità:

- Inviare una raccomandata a.r. indirizzata a Assicuratrice Milanese S.p.A., Corso Libertà n. 53, 41018 – San Cesario sul Panaro (MO);
- Inviare una e-mail all'indirizzo: servizio.clienti@assicuratricemilanese.it
- Inviare una e-mail all'indirizzo: dpo@assicuratricemilanese.it
- Inviare una e-mail a mezzo PEC all'indirizzo assicuratricemilanese@legalmail.it

11. Minori

I Servizi del Titolare riferiti al trattamento in oggetto non sono destinati a minori di 18 anni e il Titolare non raccoglie intenzionalmente informazioni personali riferite ai minori, salvo che l'interessato per le finalità descritte al **par. 3.A** della presente nell'ambito della gestione del contratto ivi inclusi i sinistri non siano coinvolti soggetti minori, per i quali sarà sempre richiesto il consenso espresso di un genitore o di chi ne fa le veci (anche per il trattamento delle categorie particolari di dati). Nel caso in cui informazioni su minori fossero involontariamente registrate, il Titolare le cancellerà in modo tempestivo, su richiesta degli utenti.

12. Modifiche alla presente Informativa

La presente Informativa può subire variazioni. Si consiglia, quindi, di controllare regolarmente la sezione dedicata alla protezione dei dati personali sul nostro sito internet www.assicuratricemilanese.it pubblicata altresì sul suo profilo *home insurance* e di riferirsi alla versione più aggiornata.

Il Titolare r.l.p.t.
Assicuratrice Milanese S.p.A.

Pierluigi Mancuso

