

Informazioni da rendere al Contraente

Informativa sul Distributore

In conformità all'Allegato 3 al regolamento Ivass n. 40/2018

*Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente/aderente il presente documento, **prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione**, di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.*

Impresa che opera in qualità di Distributore

Sezione I - Informazioni generali sull'impresa che opera in qualità di distributore

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

- a. denominazione: Allianz Direct SpA
- b. numero di iscrizione nell'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS: n. 1.00007
- c. sede legale: Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano, Italia
- d. recapito telefonico: tel. 02/3045.9009
indirizzo di posta elettronica certificata: allianzdirect@pec.allianzdirect.it
- e. indicazione del sito internet: www.allianzdirect.it

Sezione II - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

Il Contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'impresa preponente. I reclami all'impresa devono essere presentati ai recapiti e secondo le modalità indicate nel DIP aggiuntivo.

Qualora il Contraente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'impresa entro il termine di legge, potrà rivolgersi all'IVASS, secondo quanto indicato nel DIP aggiuntivo.

Al Contraente è inoltre riconosciuta la facoltà di attivare altri eventuali sistemi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente e indicati nel DIP aggiuntivo.

Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo Non-IBIP

In conformità all'Allegato 4 al regolamento Ivass n. 40/2018

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

Sezione I – Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

Nello svolgimento dell'attività di distribuzione, l'impresa non offre alcuna consulenza prima della conclusione del contratto né fornisce al contraente una raccomandazione personalizzata ai sensi dell'art. 119-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private).

Sezione II – Informazioni relative alle remunerazioni

I dipendenti dell'Impresa direttamente coinvolti nell'attività distributiva potrebbero percepire un compenso correlato o commisurato a tale attività che risulta quindi in combinazione con la remunerazione normalmente percepita e prevista dai rispettivi contratti di lavoro. In ogni caso, tale compenso, qualora percepito, sotto forma di commissione, non è incluso nel premio assicurativo dovuto dall'Assicurato.

Elenco delle regole di comportamento del distributore

In conformità all'Allegato 4-ter al regolamento Ivass n. 40/2018

*Il distributore ha l'obbligo di mettere a disposizione del pubblico il presente documento nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure pubblicarlo sul proprio sito internet, ove esistente. Nel caso di **offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza**, il distributore consegna al contraente/aderente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione*

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

L'Impresa:

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

Servizio Clienti: **02/3045.9009**

Servizio Sinistri: **02/3045.9009**

Assistenza: **02/2660.9573**

Set Informativo

Contratto di assicurazione Infortuni

Edizione 05/2021

- Documento Informativo Precontrattuale
- Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
- Informativa Privacy

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Assicurazione contro i Danni da Infortuni

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz Direct S.p.A.

Prodotto: Contratto di assicurazione "Infortuni"

Le Informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti all'interno del Set Informativo e nella scheda di Polizza.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che copre le conseguenze dirette ed esclusive degli infortuni subiti dall'Assicurato identificato nella scheda di Polizza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità Permanente quale conseguenza diretta ed esclusiva di un Infortunio. La garanzia è operante per infortuni avvenuti sia nell'esercizio dell'attività professionale (indicata nella scheda di Polizza) sia nello svolgimento di attività di carattere non professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Per infortuni si considera un evento fortuito, violento ed esterno che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva un'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

Coperture opzionali (operanti solo se attivate dal Contraente):

Morte da Infortunio
 Ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio
 Assistenza

Per il dettaglio completo si rinvia al Dip Aggiuntivo e alle Condizioni Contrattuali presenti nel Set Informativo.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone con più di 74 anni di età, le persone affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, sindromi organico - cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidei. La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto è causa di cessazione dell'assicurazione.
- ✗ i soggetti già assicurati con polizze annullate prima della loro naturale scadenza.

Non sono considerati infortuni i seguenti eventi:

- ✗ le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nell'AIDS ed in sindromi ad esse correlate;
- ✗ le forme di epatite virale;
- ✗ le ernie in generale, comprese quelle addominali da sforzo;
- ✗ gli infarti determinati da qualsiasi causa;
- ✗ gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio;
- ✗ le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio.

Per il dettaglio completo si rinvia al Dip Aggiuntivo e alle Condizioni Contrattuali presenti nel Set Informativo.



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio completo si rimanda alla scheda di Polizza e alle Condizioni contrattuali presenti nel Set Informativo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero. Tutte le prestazioni Assistenza sono fornite in Italia, ad eccezione della prestazione 'rimpatrio sanitario' è operante in tutto il mondo per soggiorni non superiori a sessanta giorni consecutivi.



Che obblighi ho?

In sede di sottoscrizione del contratto, il Contraente ha il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

In corso di contratto, il Contraente deve comunicare ogni variazione dei dati inizialmente dichiarati e comunque ogni cambiamento che comporta un aggravamento del rischio assicurato, onde evitare la possibile perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ovvero la cessazione dell'assicurazione.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno delle Condizioni di assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio dovuto per la polizza è annuale e comprensivo delle imposte previste per Legge; non sono consentiti frazionamenti del premio. E' possibile pagare il premio mediante bonifico bancario, Lottomatica, o carta di credito mediante transazione protetta online.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura dura un anno dalle ore 24 del giorno indicato in polizza quale data di decorrenza, a condizione che il premio sia stato pagato; altrimenti, è operante dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio e termina alla scadenza indicata in polizza, senza tacito rinnovo e senza necessità di disdetta. Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto è senza tacito rinnovo, pertanto cessa automaticamente alla scadenza annuale indicata in polizza. Non è dunque necessario inviare alcuna disdetta qualora il Contraente non intenda continuare il rapporto assicurativo la Compagnia.

Assicurazione contro i Danni ai Beni e a Terzi

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

Impresa: Allianz Direct S.p.A. – Gruppo Assicurativo Allianz
Prodotto: Infortuni

Data ultimo aggiornamento - Edizione: 05/2021

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.

Allianz Direct SpA è iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00007 e ha sede legale in Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano, Italia, tel. 02/3045.9009, www.allianzdirect.it, email allianzdirect@pec.allianzdirect.it. Allianz Direct SpA è una società appartenente al gruppo Assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018. È soggetta alla direzione e al coordinamento di Allianz SpA ed è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP (ora IVASS) del 28 marzo 1996 n° 210.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 482 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 66 milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 353 milioni di euro;
- Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianzdirect.it, e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) pari a 268 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR) pari a 120 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) pari a 518 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) pari a 518 milioni di euro.
- Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa è pari a 193%

Al contratto si applica la Legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dai soggetti indicati in polizza dopo la conclusione del contratto. La garanzia è operante per infortuni avvenuti sia nell'esercizio dell'attività professionale (indicata in polizza) sia nello svolgimento di attività di carattere non professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione.

Le seguenti garanzie, se richiamate nella scheda di polizza, operano nel limite del Massimale o del capitale assicurato indicati nella scheda di polizza stessa. Eventuali limitazioni di garanzia, se previste, sono riportate nel successivo box "Ci sono limiti di copertura?".


La Compagnia indennizza le garanzie richiamate in polizza, per le conseguenze dirette ed esclusive derivanti da infortunio.


Invalidità permanente	Insorta entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se sopravvenuta dopo la scadenza di polizza. L'indennizzo sarà pagato secondo la tabella riportata nelle Condizioni di Assicurazione, al netto della franchigia fissa ed assoluta indicata in polizza.
------------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Ricovero ospedaliero	In un Istituto di cura pubblico o privato. L'indennizzo prevede il pagamento della diaria indicata in polizza per ogni giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura, fino a un massimo di 180 giorni anche non consecutivi. Per degenze superiori a 10 giorni consecutivi, a partire dall'11° giorno di ricovero la diaria pattuita sarà raddoppiata.
-----------------------------	---

Morte dell'assicurato	Avvenuta entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se sopravvenuta dopo la scadenza della polizza. L'indennizzo in mancanza d'indicazione dei beneficiari è riconosciuto in parti uguali agli eredi dell'Assicurato.
Assistenza	<p>La Compagnia garantisce l'assistenza all'assicurato a seguito di un infortunio che abbia colpito l'Assicurato. Le seguenti prestazioni si attivano solo prendendo contatto con la Centrale Operativa, che si farà carico della richiesta e coordinerà o erogherà direttamente la prestazione.</p> <p>Tutte le prestazioni sono fornite in Italia secondo quanto previsto nelle singole garanzie; la prestazione 'rimpatrio sanitario' è operante in tutto il mondo per soggiorni non superiori a sessanta giorni consecutivi.</p> <p>INFORMAZIONI ED ORIENTAMENTO MEDICO TELEFONICO: Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Guardia Medica di AWP è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.</p> <p>CONSULENZA SANITARIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE: Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, AWP mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata, e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.</p> <p>INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO: Nel caso in cui l'Assicurato, durante le ore notturne o nei giorni festivi, necessita presso la propria abitazione di un medico senza riuscire a reperire il medico curante, AWP provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso d'irreperibilità im-mediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, AWP organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un pronto soccorso. Tale prestazione viene fornita con un massimo di tre volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.</p> <p>TRASPORTO IN AMBULANZA: Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con la Guardia Medica di AWP, l'Assicurato necessita di un trasporto in ambulanza, AWP organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, con il limite di 200 Km di percorso andata e ritorno. Tale prestazione viene fornita fino ad un massimo di tre volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.</p> <p>RIMPATRIO SANITARIO: Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, accertate dalla Guardia Medica di AWP in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero in Italia, AWP organizza, tenendo a proprio carico i costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che la Guardia Medica di AWP ritiene più idoneo tra: aereo sanitario con équipe medica, aereo di linea in classe turistica con eventuale barella, autoambulanza, treno (se necessario in vagone letto) oppure ogni altro mezzo ritenuto opportuno ed adeguato. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.</p> <p>ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE: Tramite la Centrale Operativa di AWP, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri convenzionati con la società più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.</p> <p>CONSEGNA ESITI A DOMICILIO: Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute e nessuno può andare per lui, AWP, dopo aver ritirato la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da lui indicato. Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'Assicurato. Tale prestazione viene fornita fino ad un massimo di tre volte durante l'anno di validità del servizio.</p> <p>INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO: Quando l'Assicurato, in seguito a ricovero ospedaliero superiore a 10 giorni, necessita di assistenza infermieristica entro i primi 15 giorni successivi alla dimissione, AWP provvede ad inviare un infermiere/a al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di Euro 260 € per evento e per anno assicurativo.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP, fermi i limiti di copertura riportati nel successivo box.

 Ci sono limiti di copertura?	
<p>Per le prestazioni di Assistenza e Morte dell'Assicurato non sono previste franchigie.</p> <p>Per la garanzia Invalidità Permanente sono previste due tipologie di franchigie: 5% o 10%, a scelta dell'Assicurato e riportate in polizza. La diaria da ricovero è riconosciuta fino a un massimo di 180 giorni anche non consecutivi.</p> <p>La Compagnia non paga alcuna indennità per gli infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo; 	

- subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- derivanti da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di sue imprese temerarie;
- subiti a causa di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- derivanti da guerra, insurrezioni;
- derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- accaduti durante l'uso di aeromobili in genere, non in qualità di semplice passeggero trasportato;
- accaduti durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (ad esempio ultraleggeri, deltaplani, parapendio);
- accaduti, anche come passeggero, su aeromobili di aeroclubs o società di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- derivanti dalla pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersioni oltre i 30 metri, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera, sci alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, rafting, bungee jumping, downhill;
- derivanti dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, football americano, rugby, sci, snowboard, hockey su ghiaccio o a rotelle, pattinaggio su ghiaccio o a rotelle, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;
- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- derivanti dalla partecipazione, anche come passeggero, a corse o gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche e alle relative prove e allenamenti;

Sono esclusi dalla copertura gli incidenti subiti durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali:

- Meccanico collaudatore di veicoli terrestri, marittimi o aerei;
- Meccanico saldatore;
- Autotrasportatore;
- Trattorista;
- Agricoltore con uso di macchine agricole anche se per conto di terzi;
- Addetto alla lavorazione, trasporto, maneggio ed uso di sostanze esplodenti e contaminanti;
- Guida alpina;
- Personale che lavora in cave, miniere, pozzi e, in generale, nel sottosuolo;
- Personale che svolge attività lavorative subacquee;
- Domatore, Acrobata, Controfigura e Stunt-man, Giostraio;
- Militare, Forza dell'ordine, Vigile e, in generale, personale che lavora con armi da fuoco.

PER LA GARANZIA ASSISTENZA SONO PREVISTE LE SEGUENTI ESCLUSIONI

La garanzia di assistenza non comprende le prestazioni richieste a seguito di:

- guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e le malattie croniche;
- gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive, qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- suicidio o tentato suicidio;
- alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai.

Sono inoltre escluse:

- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- le prestazioni in paesi che si trovino in situazioni di belligeranza o che comunque presentino situazioni interne o internazionali tali da rendere impossibile la prestazione di assistenza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono comunicare telefonicamente l'evento al numero 02/3045.9009 entro cinque giorni dalla data del sinistro, o da quando ne hanno avuta notizia.

In caso di mancata presentazione della denuncia di sinistro si applica l'articolo 1915 del C.C. per l'omesso avviso di sinistro. La Compagnia può pertanto limitare o rifiutare il pagamento dell'indennizzo.

Sinistro per le garanzie Invalidità Permanente, Ricovero Ospedaliero e Morte dell'Assicurato.

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare alla Compagnia denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, contenente la narrazione dettagliata del fatto, la data, il luogo, le indicazioni delle cause e delle conseguenze, le generalità, l'indirizzo delle persone interessate e degli eventuali testimoni, mediante raccomandata A.R. a Allianz Direct Spa Servizio Sinistri Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

Alla suddetta comunicazione deve essere allegato anche il certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.


L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.


L'Assicurato deve altresì:


- 1) fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;


	<p>2) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;</p> <p>3) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;</p> <p>4) fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.</p> <p>Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>L'Assicurato s'impegna inoltre a sottoporsi a eventuali controlli medici richiesti dalla Compagnia per determinare l'invalidità.</p> <p>Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o i suoi eredi legittimi devono dare immediato avviso all'Impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.</p> <p>Sinistro per la garanzia Assistenza</p> <p>Per usufruire della garanzia di Assistenza, l'Assicurato deve telefonare al numero 02 2660.9573 di AWP specificando il tipo di assistenza di cui necessita, il nome e cognome, il numero della polizza, l'indirizzo e luogo da cui si chiama, il recapito telefonico ed eventuali informazioni aggiuntive. La richiesta di rimborso di eventuali spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa di AWP, dovrà essere inoltrata a AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia Viale Brenta 32, 20139 Milano, unitamente ai documenti giustificativi in originale e alle coordinate bancarie.</p> <p>Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno in alcun modo rimborsabili.</p> <p>ASSISTENZA DIRETTA / IN CONVENZIONE</p> <p>Garanzia Assistenza</p> <p>GESTIONE DA PARTE DI ALTRE IMPRESE</p> <p>La gestione dei sinistri è affidata anche ad Allianz S.p.A., con sede a Milano in Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano.</p> <p>Garanzia Assistenza</p> <p>Per usufruire della garanzia di Assistenza, l'Assicurato deve telefonare al numero 02 2660.9573 di AWP specificando il tipo di assistenza di cui necessita, il nome e cognome, il numero della polizza, l'indirizzo e luogo da cui si chiama, il recapito telefonico ed eventuali informazioni aggiuntive. La richiesta di rimborso di eventuali spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa di AWP, dovrà essere inoltrata a AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia Viale Brenta 32, 20139 Milano, unitamente ai documenti giustificativi in originale e alle coordinate bancarie.</p> <p>PRESCRIZIONE</p> <p>Il termine entro il quale si prescrive il diritto al risarcimento del danneggiato è di due anni (art. 2947 del C.C. e art. 2952 del C.C.) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato in merito alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893, 1894 e 1898 C.C. A titolo di esempio, tali dichiarazioni potrebbero riguardare l'attività professionale dell'Assicurato.</p> <p>Il Contraente deve comunicare alla Compagnia ogni cambiamento dei dati indicati in polizza compresa l'attività professionale dell'Assicurato. La variazione di dati può comportare, infatti, un aggravamento o una riduzione del rischio e di conseguenza del premio di polizza. La Compagnia in caso di diminuzione del rischio sostituirà la polizza rimborsando al Contraente il premio che gli spetta al netto di 25 € per diritti di sostituzione, mentre in caso di aggravamento del rischio valuterà se mantenere il rapporto assicurativo richiedendo al Contraente il pagamento dell'integrazione di premio piuttosto che recedere dal contratto. Gli aggravamenti di rischio non noti alla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO</p> <p>Determinata l'invalidità conseguente all'infortunio e l'indennizzo dovuto, la Compagnia ne dà comunicazione agli interessati e avuto notizia della loro accettazione, provvede, entro 15 giorni da quest'ultima, al pagamento dell'importo indennizzabile, detraendo dalla percentuale di invalidità permanente indennizzabile la franchigia indicata in polizza.</p> <p>In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente sotto forma di capitale, se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di invalidità permanente gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata al relativo articolo nella sezione "Il Sinistro – Obblighi e modalità di denuncia", il certificato di morte dell'Assicurato, l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "DETERMINAZIONE DEL GRADO D'INVALIDITÀ PERMANENTE E DELL'INDENNITÀ DA LIQUIDARE" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.</p> <p>Nel caso in cui l'Autorità giudiziaria dichiari la morte presunta dell'Assicurato e tale evento sia stato registrato negli atti di stato civile, la Compagnia paga ai beneficiari (o agli eredi legittimi e/o testamentari qualora non fossero stati indicati dei beneficiari) in parti uguali la somma assicurata per il caso morte, salvo che dagli atti della predetta Autorità risulti che l'evento che ha causato la scomparsa non era compreso nella garanzia assicurativa. La Compagnia liquiderà l'indennizzo trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di</p>


	morte presunta.
--	-----------------

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio di polizza ha periodicità annuale. Il premio, comprensivo di imposte, può essere pagato con bonifico bancario, oppure con carta di credito mediante transazione protetta on line, ed è determinato in base ai parametri di personalizzazione e alla forma tariffaria del contratto.
Rimborso	In caso di risoluzione del contratto o di ripensamento, il Contraente ha diritto al rimborso del premio non goduto a meno delle tasse e di eventuali spese di gestione qualora previste. Il rimborso è effettuato con le stesse modalità scelte per il pagamento.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto ha durata annuale, non prevede il tacito rinnovo e cessa alle ore 24 della data di scadenza indicata in polizza senza alcun ulteriore obbligo di comunicazione.
Sospensione	Non è prevista la sospensione delle garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Entro 14 giorni dal momento in cui ha ricevuto il contratto se il contratto stesso non è vincolato a terzi, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto ricevendo in restituzione il premio pagato e non goduto al netto di 25 € per le spese di emissione, che verranno elevati a 50 € se nel predetto periodo è avvenuto un sinistro, e delle imposte che per Legge restano a carico del Contraente. Il rimborso è effettuato con le stesse modalità scelte per il pagamento. L'Assicurato/Contraente dovrà anticipare telefonicamente e poi comunicare per raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) la sua decisione di recedere dal contratto.
Risoluzione	In caso di risoluzione del contratto per decesso dell'assicurato, gli eredi del Contraente devono darne immediata comunicazione all'Impresa. Il rimborso è effettuato con le stesse modalità scelte per il pagamento.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto alle persone fisiche che vogliono proteggere la loro persona e quella dei loro famigliari dai danni diretti conseguenti da infortunio.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<ul style="list-style-type: none"> • Costi di intermediazione La Compagnia opera prevalentemente attraverso procedure di collocamento a distanza dei propri prodotti assicurativi e non prevede per tale prodotto alcun costo di intermediazione. 	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati tramite apposito form presente sul sito www.allianzdirect.it , o tramite posta scrivendo a Allianz Direct S.p.A., Ufficio Gestione Reclami, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano e vengono riscontrati entro 45 giorni dal loro ricevimento. Per una corretta e sollecita gestione dei reclami è necessario che questi siano trasmessi nei modi ed ai recapiti sopra descritti.
All'IVASS	Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it , corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo".
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Deve essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it .
Negoziazione assistita (obbligatoria)	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Conciliazione paritetica gratuita per l'assicurato Le controversie relative a sinistri R.C. Auto, la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a € 15.000,00, nei casi di diniego di offerta o di mancata accettazione dell'offerta di risarcimento se non a titolo di acconto, possono essere trattate mediante la Conciliazione paritetica che nasce da un accordo tra ANIA e alcune Associazioni di Consumatori. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni di consumatori aderenti al sistema, indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità dettagliate all'interno dei siti: www.ivass.it alla Sezione " Per il Consumatore " e www.ania.it alla Sezione "Consumatori".</p> <p>Arbitrato Qualora non sia stato possibile addivenire ad una definizione della controversia, se previsto dalle condizioni di assicurazione della singola garanzia, è possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.</p> <p>Risoluzione delle liti transfrontaliere Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

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

Servizio Clienti: **02/3045.9009**

Servizio Sinistri: **02/3045.9009**

Assistenza: **02/2660.9573**

Condizioni Contrattuali Contratto di assicurazione Infortuni

Indice

• Glossario dei termini assicurativi	Pag. 1
• Sezione 1: Norme comuni a tutte le garanzie	Pag. 2
Caratteristiche del contratto e obblighi del contraente	Pag. 2
Altre informazioni	Pag. 2
Sinistri	Pag. 3
Reclami	Pag. 3
• Sezione 2: Infortuni	Pag. 4
• Sezione 3: Assistenza	Pag. 8
• Sezione 4: Appendice Normativa	Pag. 10
• Sezione 5: Informativa Privacy	Pag. 12

Edizione 05/2021

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Glossario dei termini assicurativi

ASSICURAZIONE (CONTRATTO DI): Insieme delle garanzie previste dalla polizza.

ASSICURATO: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

BENEFICIARIO: Persona (o persone) fisica o giuridica necessariamente diversa dal Contraente di polizza alla quale la Compagnia liquida l'indennità in caso di morte dell'Assicurato.

CAPITALE ASSICURATO: Importo massimo della prestazione assicurativa.

CONTRAENTE: Persona (fisica o giuridica) che sottoscrive il contratto (polizza), assume l'onere di pagare il premio ed esercita i diritti derivanti dal contratto.

FRANCHIGIA: Parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNITÀ O INDENNIZZO: somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato o al Beneficiario.

INFORTUNIO: Evento fortuito, violento ed esterno che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva un'invalidità permanente o la morte.

INFORTUNIO EXTRA PROFESSIONALE: Evento indicato alla voce 'infortunio' che l'Assicurato subisce in occasione della vita comune di relazione.

INFORTUNIO PROFESSIONALE: Evento indicato alla voce 'infortunio' che l'Assicurato subisce mentre e perché attende all'esercizio delle mansioni inerenti all'attività professionale dichiarata in polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo.

INVALIDITÀ PERMANENTE: perdita, 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: Struttura sanitaria (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

POLIZZA: Documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia, in sostanza il prezzo dell'assicurazione.

RICOVERO: Degenza comportante pernottamento in Istituto di cura.

SINISTRO: Evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ' O COMPAGNIA: Allianz Direct SpA

SURROGAZIONE (DIRITTO DI): Diritto della Compagnia che ha pagato l'indennizzo al proprio Assicurato, di rivalersi nei confronti dei terzi responsabili del danno fino a concorrenza dell'importo pagato.

Sezione 1 - Norme comuni a tutte le garanzie

Caratteristiche del contratto e obblighi del contraente

1.1 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione è conclusa nel momento in cui il Contraente riceve la polizza. L'assicurazione ha validità dalle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di decorrenza, se il premio è stato pagato; in caso contrario ha validità dalle ore 24 del giorno del pagamento.

1.2 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata annuale, non prevede il tacito rinnovo e cessa alle ore 24 della data di scadenza indicata in polizza senza alcun ulteriore obbligo di comunicazione.

1.3 DOCUMENTI NECESSARI ALLA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

La Compagnia ha la facoltà di richiedere, per la valutazione del rischio, dichiarazioni scritte o documentazione per l'identificazione del Contraente di polizza o degli Assicurati.

1.4 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato in merito alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt.1892,1893,1894,1898 C.C.

1.5 INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

1.6 COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio presso altri Assicuratori. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

1.7 MODALITÀ DI SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente, verificata l'esattezza dei dati riportati in polizza, deve firmarla e restituirla alla Compagnia mediante email all'indirizzo polizzefirmate@genialloyd.it o a mezzo posta all'indirizzo Allianz Direct SpA Ufficio Gestione Documenti, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano entro 15 giorni dalla data di conclusione del contratto.

1.8 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

Il Contraente deve comunicare alla Compagnia ogni cambiamento dei dati indicati in polizza compresa l'attività professionale dell'Assicurato.

La variazione di dati può comportare, infatti, un aggravamento o una riduzione del rischio e di conseguenza del premio. La Compagnia in caso di diminuzione del rischio sostituirà la polizza rimborsando al Contraente il premio che gli spetta al netto di 25 € per diritti di sostituzione, mentre in caso di aggravamento del rischio valuterà se mantenere in vita il rapporto assicurativo, richiedendo in tal caso al Contraente il pagamento dell'integrazione di premio dovuta per l'aggravamento del rischio. La mancata comunicazione del cambiamento di dati o della professione dell'assicurato può comportare, in caso di aggravamento del rischio, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione.

1.9 DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente, entro 14 giorni dalla conclusione del contratto, ha diritto di recedere dal contratto stesso e di ricevere in restituzione il premio pagato e non goduto al netto di 25 € per i costi sostenuti dalla Compagnia, che verranno elevati a 50 € se nel predetto periodo è avvenuto un sinistro, e dell'imposta che per Legge resta a carico del Contraente. Il rimborso è effettuato con le stesse modalità scelte per il pagamento. L'Assicurato/Contraente dovrà anticipare telefonicamente e poi comunicare per raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) la sua decisione di recedere dal contratto.

Altre Informazioni

1.10 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero.

1.11 PREMIO DI POLIZZA

Il premio di polizza è annuale e rappresenta l'importo complessivamente dovuto dall'Assicurato. Il premio è determinato in base ai parametri di personalizzazione e alla forma tariffaria del contratto e può essere pagato mediante bonifico bancario o carta di credito mediante transazione protetta online. Il premio non comprende provvigioni salvo il caso in cui un intermediario in base a incarico o accordo con l'impresa abbia proposto i prodotti assicurativi o abbia prestato assistenza e consulenza o abbia compiuto altri atti preparatori relativi alla conclusione di tali contratti.

Analogamente Il premio non comprende provvigioni salvo il caso in cui il cliente abbia ottenuto la fornitura, tramite un sito internet o altri mezzi, di informazioni, relativamente a uno o più contratti

di assicurazione, anche confrontati o ordinati, sulla base di criteri eventualmente scelti dal cliente, in termini di premi ed eventuali sconti applicati o di ulteriori caratteristiche del contratto, se il cliente sia stato in grado di concludere direttamente o indirettamente lo stesso.

1.12 LEGISLAZIONE APPLICABILE AL CONTRATTO E FORO COMPETENTE

Il contratto di assicurazione Infortuni è regolato dalla Legge italiana e il Foro competente è quello del luogo di residenza del Contraente.

1.13 ONERI FISCALI E REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. L'attuale regime fiscale consente la detraibilità dei premi pagati per la garanzia "Invalidità permanente" (prestata con franchigia pari o superiore al 5%) e per la garanzia "Morte".

1.14 TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine entro il quale si prescrive il diritto al risarcimento del danneggiato è di due anni (art. 2947 del C.C. e art. 2952 del C.C.) dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Sinistri

1.15 OBBLIGO DELLA DENUNCIA IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono comunicare telefonicamente l'evento al numero 02/3045.9009 entro cinque giorni dalla data del sinistro, o da quando ne hanno avuta notizia (art.1913 del C.C.). La Compagnia indicherà le procedure da seguire e i documenti necessari per la definizione del sinistro.

1.16 INADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI DENUNCIA DEL SINISTRO AI SENSI DELL'ART. 143 DEL COD.A.P.

In caso di mancata presentazione della denuncia di sinistro si

applica l'articolo 1915 del C.C. per l'omesso avviso di sinistro. La Compagnia può pertanto limitare o rifiutare il pagamento dell'indennizzo.

1.17 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto all'indennizzo, all'azione di surrogazione verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Reclami

1.18 RECLAMI

Eventuali reclami devono essere inoltrati tramite apposito form presente sul sito www.allianzdirect.it, o tramite posta scrivendo a Allianz Direct S.p.A., Ufficio Gestione Reclami, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano e vengono riscontrati entro 45 giorni dal loro ricevimento.

Per una corretta e sollecita gestione dei reclami è necessario che questi siano trasmessi nei modi ed ai recapiti sopra descritti.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore – Come presentare un reclamo".

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire all'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- **Mediazione (L. 9/8/2013, n.98):** deve essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- **Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162):** può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
- **Ricorso all'Arbitrato:** eventuali controversie sorte tra le parti in merito alla valutazione del punteggio di invalidità permanente da liquidare possono essere risolte attivando la procedura dell'arbitrato. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'istituto di medicina legale più vicina all'assicurato. Il ricorso alla procedura dell'arbitrato non preclude all'assicurato la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. "2.6 – Risoluzione delle controversie sul grado di invalidità" presente nella Sezione 2 – "Infortuni" – "Come opera la garanzia".

Sezione 2 - Infortuni

Che cosa è assicurato

2.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

Nei limiti delle somme indicate in polizza e ferme restando le seguenti esclusioni, l'assicurazione è prestata per gli infortuni subiti dai soggetti indicati in polizza dopo la conclusione del contratto. La garanzia è operante per infortuni avvenuti sia nell'esercizio dell'attività professionale (indicata in polizza) sia nello svolgimento di attività di carattere non professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione. Più precisamente, la Compagnia indennizza, se richiamate in polizza, le seguenti garanzie per le conseguenze dirette ed esclusive di un infortunio che comporti:

- **L'invalidità permanente** insorta entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se sopravvenuta dopo la scadenza di polizza. L'indennizzo sarà pagato secondo la tabella allegata al netto della franchigia fissa ed assoluta indicata in polizza;
- **Il ricovero ospedaliero** in un Istituto di cura pubblico o privato. L'indennizzo prevede il pagamento della diaria indicata in polizza per ogni giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di cura, fino a un massimo di 180 giorni anche non consecutivi. Per degenze superiori a 10 giorni consecutivi, a partire dall'11° giorno di ricovero la diaria pattuita sarà raddoppiata.
- **La morte dell'assicurato** avvenuta entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se sopravvenuta dopo la scadenza della polizza. L'indennizzo in mancanza d'indicazione dei beneficiari è riconosciuto in parti uguali agli eredi dell'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurato intenda designare beneficiari diversi dagli eredi, deve sottoscrivere una dichiarazione e spedirla insieme alla copia del contratto alla Compagnia.

2.2 INFORTUNI INDENNIZZABILI

Per infortuni si considera un evento fortuito, violento ed esterno che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva un'invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

Sono inoltre considerati infortuni indennizzabili i seguenti eventi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, da uso di allucinogeni o da uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole e di calore;

- le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, compresa la malaria;
- la folgorazione;
- le lesioni muscolari o tendinee (esclusi gli infarti, le ernie in generale, comprese quelle addominali da sforzo) nella valutazione delle quali si prescinderà da eventuali condizioni patologiche che abbiano concausato le lesioni;
- derivanti dall'uso e/o dalla guida di veicoli a motore e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia in possesso della prescritta abilitazione;
- conseguenti a stati di malore o di incoscienza purché non determinati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- causati con imperizia, imprudenza o colpa grave dell'Assicurato;

- conseguenti ad atti compiuti per doveri di solidarietà umana o legittima difesa;
- causati da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- derivanti da guerra e da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, nel termine massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che questi abbiano sorpreso l'Assicurato mentre già si trovava nello Stato nel quale insorgono;
- derivanti da aggressioni nelle quali l'Assicurato si sia trovato involontariamente coinvolto;
- subiti durante il servizio militare in tempo di pace, in seguito a richiamo per esercitazioni e durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo, limitatamente ai rischi non connessi con lo svolgimento del servizio stesso;
- subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante viaggi aerei di turismo, di trasferimento o trasporto pubblico su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati.

Non sono considerati infortuni i seguenti eventi:

- le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nell'AIDS ed in sindromi ad esse correlate;
- le forme di epatite virale;
- le ernie in generale, comprese quelle addominali da sforzo;
- gli infarti determinati da qualsiasi causa;
- gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio; le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio.

Che cosa non è assicurato

2.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone con più di 74 anni di età, le persone affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, sindromi organico-cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressive o stati paranoidei.

La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto è causa di cessazione dell'assicurazione.

2.4 INFORTUNI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

La Compagnia non paga alcuna indennità per gli infortuni:

- derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- derivanti da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- conseguenza di azioni delittuose dell'Assicurato o di sue imprese temerarie;

- subiti a causa di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- derivanti da guerra, insurrezioni;
- derivanti da fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- accaduti durante l'uso di aeromobili in genere, non in qualità di semplice passeggero trasportato;
- accaduti durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (ad esempio ultraleggeri, deltaplani, parapendio);
- accaduti, anche come passeggero, su aeromobili di aeroclubs o società di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- derivanti dalla pratica delle seguenti attività sportive: sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersioni oltre i 30 metri, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera, sci alpinismo, sci estremo, canoa fluviale, rafting, bungee jumping, downhill;
- derivanti dalla pratica di calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, football americano, rugby, sci, snowboard, hockey su ghiaccio o a rotelle, pattinaggio su ghiaccio o a rotelle, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni (e relative prove o allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida

delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili;

- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
 - derivanti dalla partecipazione, anche come passeggero, a corse o gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche e alle relative prove e allenamenti;
- Sono esclusi dalla copertura gli incidenti subiti durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali:
- Meccanico collaudatore di veicoli terrestri, marittimi o aerei;
 - Meccanico saldatore;
 - Autotrasportatore;
 - Trattorista;
 - Agricoltore con uso di macchine agricole anche se per conto di terzi;
 - Addetto alla lavorazione, trasporto, maneggio ed uso di sostanze esplodenti e contaminanti;
 - Guida alpina;
 - Personale che lavora in cave, miniere, pozzi e, in generale, nel sottosuolo;
 - Personale che svolge attività lavorative subacquee;
 - Domatore, Acrobata, Controfigura e Stunt-man, Giostraio;
 - Militare, Forza dell'ordine, Vigile e, in generale, personale che lavora con armi da fuoco.

Come opera la garanzia

2.5 DETERMINAZIONE DEL GRADO D'INVALIDITÀ PERMANENTE E DELL'INDENNITÀ DA LIQUIDARE

La Compagnia, ricevuta la documentazione necessaria e valutato il danno, determinerà l'indennità da liquidare all'Assicurato in funzione del grado d'invalidità permanente che gli sarà riconosciuta sulla base dei punteggi indicati nella "Tabella ANIA" (vedi appendice A.1). Più precisamente, per determinare l'indennizzo saranno considerate le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Pertanto non rientrano nella valutazione del danno gli aggravamenti delle condizioni fisiche e patologiche che l'infortunio può avere generato, né il maggior effetto che tali condizioni possono causare alle lesioni prodotte dall'infortunio, perché conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Se l'Assicurato al momento dell'infortunio non è fisicamente sano e integro, saranno pagate soltanto le conseguenze dell'infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella tabella per la valutazione del grado d'invalidità permanente saranno diminuite tenendo conto dell'invalidità preesistente.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di uno o più organi o arti l'indennità sarà definita sommando le singole percentuali calcolate per ciascuna lesione fino al limite massimo del 100%. Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, sarà considerata invalidità permanente soltanto l'asportazione totale. Nel caso di perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice l'indennità sarà uguale alla metà e per la falange di qualsiasi altro dito, pari a un terzo della percentuale stabilita per la perdita totale del rispettivo dito. Per i casi d'invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità sarà stabilita con riferimento alle percentuali ed ai criteri indicati nei referti medici, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali

e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia.

2.6 RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE SUL GRADO DI INVALIDITÀ

In caso di disaccordo tra le parti sulla definizione del grado d'invalidità permanente spettante all'Assicurato, la determinazione del punteggio può essere demandata dall'Assicurato e da a due diversi medici, nominati uno per parte. Qualora i due medici non raggiungano un accordo, le controversie di natura medica sul grado d'invalidità permanente potranno essere demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno dall'Assicurato, uno dalla Compagnia e il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove dovrà riunirsi il Collegio medico stesso.

Il Collegio medico dovrà risiedere nella sede dell'Istituto di medicina legale del comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna parte sosterrà le proprie spese e pagherà il medico da esso designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze del terzo medico. Il Collegio medico avrà la facoltà, qualora ne riscontri l'opportunità, di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a epoca da definirsi. In tal caso il Collegio può intanto concedere un anticipo sull'indennizzo. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti sia per la Compagnia sia per l'Assicurato.

2.7 PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ PERMANENTE

Determinata l'invalidità conseguente all'infortunio e l'indennizzo dovuto, la Compagnia ne dà comunicazione agli interessati e avuto notizia della loro accettazione, provvede, entro 15 giorni da quest'ultima, al pagamento dell'importo indennizzabile, detrando dalla percentuale di invalidità permanente indennizzabile la franchigia indicata in polizza. Non sarà detratta alcuna franchigia se il punteggio d'invalidità permanente riconosciuta all'assicurato è superiore ai 20 punti percentuali.

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente sotto forma di capitale:

- 1) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di invalidità permanente gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata al relativo articolo nella sezione "**Il Sinistro – Obblighi e modalità di denuncia**", il certificato di morte dell'Assicurato, l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "**DETERMINAZIONE DEL GRADO D'INVALIDITÀ PERMANENTE E DELL'INDENNITÀ DA LIQUIDARE**" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del sinistro entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto;
- 2) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'indennizzo spettante per la prestazione invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.

2.8 PAGAMENTO DEL CAPITALE MORTE DA INFORTUNIO

Accertata la morte dell'Assicurato, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari (o agli eredi legittimi e/o testamentari qualora non fossero stati indicati dei beneficiari) in parti uguali la somma

indicata in polizza quale capitale di garanzia. L'indennità per morte da infortunio non è cumulabile con l'indennità prevista per l'invalidità permanente. Qualora, nonostante il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato dovesse morire per le conseguenze dell'infortunio stesso, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari anche il capitale assicurato per il caso morte, detraendo da quest'ultimo l'importo già pagato per l'invalidità permanente.

Morte presunta - Nel caso in cui l'Autorità giudiziaria dichiari la morte presunta dell'Assicurato e tale evento sia stato registrato negli atti di stato civile, la Compagnia paga ai beneficiari (o agli eredi legittimi e/o testamentari qualora non fossero stati indicati dei beneficiari) in parti uguali la somma assicurata per il caso morte, salvo che dagli atti della predetta Autorità risulti che l'evento che ha causato la scomparsa non era compreso nella garanzia assicurativa. La Compagnia liquiderà l'indennizzo trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta. Se dopo il pagamento dell'indennizzo viene provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia può chiedere ai beneficiari la restituzione di quanto pagato.

2.9 PAGAMENTO DELLA DIARIA DA RICOVERO

La diaria giornaliera da ricovero è pagata all'Assicurato, al termine del ricovero, su presentazione in originale di regolare cartella clinica attinente al caso denunciato, sciogliendo i medici dal segreto professionale.

L'indennizzo spettante sarà quantificato in funzione dei giorni di ricovero. Qualora il ricovero sia stato superiore ai dieci giorni consecutivi, sarà riconosciuto il raddoppio della diaria pattuita, dall'undicesimo giorno in poi.

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate come un solo giorno, qualunque sia l'orario di ricovero o di dimissione dell'Assicurato.

Cosa fare in caso di sinistro

2.10 COME DENUNCIARE IL SINISTRO

In caso di Sinistro, il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi**, deve presentare alla Compagnia denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, contenente la narrazione dettagliata del fatto, la data, il luogo, le indicazioni delle cause e delle conseguenze, le generalità, l'indirizzo delle persone interessate e degli eventuali testimoni, mediante raccomandata A.R. a Allianz Direct Spa Servizio Sinistri Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

Alla suddetta comunicazione deve essere allegato anche il certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- 1) fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- 2) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- 3) sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- 4) fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato s'impegna inoltre a sottoporsi a eventuali controlli medici richiesti dalla Compagnia per determinare l'invalidità.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o i suoi eredi legittimi devono dare immediato avviso all'Impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.**

2.11 TERMINI DI CORRESPONSIONE DELL'INDENNIZZO ALL'ASSICURATO

La Compagnia, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'indennizzo

APPENDICE A.1 TABELLA ANIA PER LIQUIDAZIONE INDENNITÀ INVALIDITÀ PERMANENTE

Descrizione Infortunio	Percentuale Destra	Percentuale Sinistra
Perdita totale anatomica o funzionale di:		
arto superiore	70	60
mano o avambraccio	60	50
pollice	18	16
indice	14	12
medio o anulare	8	6
mignolo	12	10
falange ungueale del pollice	9	8
falange di altro dito della mano	1/3 dito	1/3 dito
Anchilosi della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25	20
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20	15
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10	8
Paralisi completa del nervo radiale	35	30
Paralisi completa del nervo ulnare	20	17
Descrizione Infortunio		Percentuale
Amputazione di un arto inferiore:		
al di sopra della metà della coscia		70
al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio		60
al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba		50
Amputazione di:		
un piede		40
ambidue i piedi		100
un alluce		5
altro dito del piede		1
falange ungueale dell'alluce		2,5
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole		35
Anchilosi del ginocchio in estensione		25
Anchilosi della tibia-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astralgica		15
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno		15
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		25
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi		100
Sordità completa di un orecchio		10
Sordità completa di entrambi gli orecchi		40
Stenosi nasale assoluta monolaterale		4
Stenosi nasale assoluta bilaterale		10
Esiti di frattura scomposta di una costa		1
Esiti di frattura amielica-somatica con deformazione a cuneo di:		
vertebra cervicale		12
vertebra dorsale		5
12° dorsale		10
vertebra lombare		10
Esiti di frattura di un metamero sacrale		3
Esiti di frattura di un metamero coccigeo o con callo deforme		5
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo		2
Perdita anatomica di un rene		15
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8

Per valutare menomazioni visive ed uditive si quantifica il grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale

applicazione di presidi correttivi. Per menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità

previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché perdita totale,

le percentuali si riducono in proporzione alla funzionalità
perduta.

Sezione 3 - Assistenza - Servizio prestato da AWP

Che cosa è assicurato

3.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Compagnia garantisce l'assistenza all'assicurato a seguito di un infortunio che abbia colpito l'Assicurato. Le seguenti prestazioni si attivano solo prendendo contatto con la Centrale Operativa, che si farà carico della richiesta e coordinerà o erogherà direttamente la prestazione. Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati saranno erogati dalla Compagnia tramite la Centrale Operativa di AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia con sede operativa in Viale Brenta n. 32, 20139 Milano (MI) e sede legale in Piazzale Lodi 3, 20137 Milano, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero 02 2660.9573.

PRESTAZIONI ASSICURATE

3.2 INFORMAZIONI ED ORIENTAMENTO MEDICO TELEFONICO

Quando l'Assicurato necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Guardia Medica di AWP è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

3.3 CONSULENZA SANITARIA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, AWP mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata, e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

3.4 INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

Nel caso in cui l'Assicurato, durante le ore notturne o nei giorni festivi, necessita presso la propria abitazione di un medico senza riuscire a reperire il medico curante, AWP provvede, dopo che il proprio medico di guardia ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso d'irreperibilità im-mediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, AWP organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un pronto soccorso. Tale prestazione viene fornita con un massimo di tre volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.

3.5 TRASPORTO IN AMBULANZA

Quando, a giudizio del medico curante, in accordo con la Guardia Medica di AWP, l'Assicurato necessita di un trasporto in ambulanza, AWP organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale per le cure del caso, con il limite di 200 Km di percorso andata e ritorno. Tale prestazione viene fornita fino ad un massimo di tre volte per ogni Assicurato e per anno assicurativo.

3.6 RIMPATRIO SANITARIO

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, accertate dalla Guardia Medica di AWP in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero in Italia, AWP organizza, tenendo a proprio carico i costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che la Guardia Medica di AWP ritiene più idoneo tra: aereo sanitario con équipe medica, aereo di linea in classe turistica con eventuale barella, autoambulanza, treno (se necessario in vagone letto) oppure ogni altro mezzo ritenuto opportuno ed adeguato. Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico.

3.7 ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE

Tramite la Centrale Operativa di AWP, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso i centri convenzionati con la società più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-instrumentali richiesti. I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

3.8 CONSEGNA ESITI A DOMICILIO

Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute e nessuno può andare per lui, AWP, dopo aver ritirato la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da lui indicato. Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'Assicurato. Tale prestazione viene fornita fino ad un massimo di tre volte durante l'anno di validità del servizio.

3.9 INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

Quando l'Assicurato, in seguito a ricovero ospedaliero superiore a 10 giorni, necessita di assistenza infermieristica entro i primi 15 giorni successivi alla dimissione, AWP provvede ad inviare un infermiere/a al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di Euro 260 € per evento e per anno assicurativo.

Che cosa non è assicurato

3.10 PRESTAZIONI ESCLUSE

La garanzia di assistenza non comprende le prestazioni richieste a seguito di:

- guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;

- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e le malattie croniche;
- gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive, qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;

- patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
 - suicidio o tentato suicidio;
 - alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai.
- Sono inoltre escluse:
- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
 - le prestazioni in paesi che si trovino in situazioni di belligeranza o che comunque presentino situazioni interne o internazionali tali da rendere impossibile la prestazione di assistenza.

Come opera la garanzia

3.11 VALIDITÀ TERRITORIALE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Tutte le prestazioni sono fornite in Italia secondo quanto previsto

nelle singole garanzie; la prestazione 'rimpatrio sanitario' è operante in tutto il mondo per soggiorni non superiori a sessanta giorni consecutivi.

Cosa fare in caso di sinistro

3.12 COME DENUNCIARE UN SINISTRO

Per usufruire della garanzia di Assistenza, l'Assicurato deve telefonare al numero 02 2660.9573 di AWP specificando il tipo di assistenza di cui necessita, il nome e cognome, il numero della polizza, l'indirizzo e luogo da cui si chiama, il recapito telefonico ed eventuali informazioni aggiuntive. La richiesta di rimborso di eventuali spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale

Operativa di AWP, dovrà essere inoltrata a AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia Viale Brenta 32, 20139 Milano, unitamente ai documenti giustificativi in originale e alle coordinate bancarie.

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno in alcun modo rimborsabili.

Sezione 4 - Appendice normativa

Codice Civile

Art. 1892

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave [1893, 1894, 1898].

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

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

Art. 1893

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza [1892]. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (2).

Art. 1894

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

Art. 1898

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato [1892, 1926]. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se

il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso [1932; 187 disp. att.].

Art. 1913

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto [1903], entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza [1915]. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro [1914; 533 c. nav.]. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore [1910 3].

Art. 1915

L'assicurato che dolosamente non adempie [1218] l'obbligo dell'avviso [1913] o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto [1932].

Art. 2947

Il diritto al risarcimento del danno derivante da fatto illecito si prescrive in cinque anni dal giorno in cui il fatto si è verificato. Per il risarcimento del danno prodotto dalla circolazione dei veicoli di ogni specie il diritto si prescrive in due anni. In ogni caso, se il fatto è considerato dalla legge come reato e per il reato è stabilita una prescrizione più lunga, questa si applica anche all'azione civile. Tuttavia, se il reato è estinto per causa diversa dalla prescrizione o è intervenuta sentenza irrevocabile nel giudizio penale, il diritto al risarcimento del danno si prescrive nei termini indicati dai primi due commi, con decorrenza dalla data di estinzione del reato [150 c.p.c. ss.] o dalla data in cui la sentenza è divenuta irrevocabile [648, 650c.p.].

Art. 2952

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

Codice delle Assicurazioni Private

Art. 143

Nel caso di sinistro avvenuto tra veicoli a motore per i quali vi sia obbligo di assicurazione, i conducenti dei veicoli coinvolti o, se persone diverse, i rispettivi proprietari sono tenuti a denunciare il sinistro alla propria impresa di assicurazione, avvalendosi del modulo fornito dalla medesima, il cui modello è approvato dall'IVASS. In caso di mancata presentazione della denuncia di sinistro si applica l'articolo 1915 del codice civile per l'omesso avviso di sinistro.

2. Quando il modulo sia firmato congiuntamente da entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro si presume, salvo prova contraria da parte dell'impresa di assicurazione, che il sinistro si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le conseguenze risultanti dal modulo stesso.

Sezione 5 - Informativa sul trattamento dei dati personali

Informativa in materia di protezione dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza

Noi di Allianz Direct operiamo nel rispetto del Regolamento Europeo n. 679 del 2016. In merito alla protezione dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, questo documento prevede che il loro trattamento avvenga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, e della dignità delle persone. Pone particolare attenzione alla riservatezza e alla protezione dei dati.

I dati personali che ti chiediamo servono per fornirti i servizi assicurativi relativi alla tua polizza e per soddisfare le tue richieste o per prestazioni strumentali a queste.

1 TITOLARE DEL TRATTAMENTO E INFORMAZIONI DI CONTATTO

Il titolare del trattamento dei dati è Allianz Direct S.p.A. con sede in Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano che stabilisce come e con quale finalità tratteremo i tuoi dati.

I soggetti che vengono a conoscenza e trattano i tuoi dati personali sono gli "incaricati" e i "responsabili".

Per conoscere la lista aggiornata dei responsabili o avere informazioni sui soggetti incaricati, invia una mail a privacy@allianzdirect.it oppure scrivi ad Allianz Direct, Servizio Privacy, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato all'indirizzo mail: dpo.allianzdirect@allianzdirect.it, oppure scrivendo all'indirizzo: Allianz Direct S.p.A., Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

2 CATEGORIE DI DATI RACCOLTI

Allianz Direct deve acquisire o già detiene alcuni dati personali che riguardano te o i tuoi familiari.

Le categorie di dati che possono essere trattati sono le seguenti:

- Dati personali;
- Dati sensibili (ad es. i dati relativi alla salute per visite mediche e per la liquidazione sinistri);
- Dati di geolocalizzazione;
- Dati biometrici (movimenti e pressione del mouse, pressione dei tasti);
- Indirizzo IP;
- Dati giudiziari;
- Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3 FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I tuoi dati personali anche particolari e giudiziari sono utilizzati da Allianz Direct, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui li comunicheremo, al fine di consentirci (anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE) di:

- 1) dare esecuzione all'attività assicurativa e riassicurativa (la finalità assicurativa richiede, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione e/o l'individuazione e il perseguimento delle frodi assicurative);
- 2) dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirti il prodotto assicurativo nonché i servizi e prodotti connessi o accessori richiesti, per l'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti, normative comunitarie o impartiti da Autorità di vigilanza e controllo;
- 3) fare valutazioni di adeguatezza del prodotto assicurativo al tuo profilo di rischio (Regolamento Ivass n. 40/2018);
- 4) compiere analisi statistiche e di portafoglio;

5) verificare le tue dichiarazioni contrattuali e il tuo grado di rischio creditizio; queste informazioni saranno conservate presso Allianz Direct e potranno essere comunicate solo ed esclusivamente a società del Gruppo Allianz SE. Per queste e altre attività, quali ad esempio l'analisi e l'elaborazione dei dati (esclusi quelli appartenenti alla categoria dei dati particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla affidabilità e puntualità nei pagamenti, senza comunque alimentare tali archivi), il trattamento avviene anche tramite la consultazione di banche dati di settore pubbliche o private;

6) essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità antifrode. I tuoi dati potranno essere altresì trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

7) per svolgere attività di analisi della *customer base*;

8) per garantire la sicurezza IT, le operazioni IT e le attività di miglioramento ed efficientamento dei processi aziendali.

3.A BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Con il termine "base giuridica" si intende ciò che autorizza legalmente il trattamento dei dati personali. Per Allianz Direct è la necessità di dare esecuzione alle misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione o dell'avvenuta instaurazione del rapporto assicurativo.

In aggiunta, **per i dati sensibili, la base giuridica è il tuo espresso consenso al trattamento dei tuoi dati personali sensibili.**

Per le finalità indicate ai numeri 7 e 8 del precedente paragrafo, la base giuridica del trattamento è rappresentata dall'interesse legittimo.

3.B CONSENSO FACOLTATIVO E OBBLIGATORIO – FACOLTA' DI RIFIUTO E CONSEGUENZE

Allianz Direct ti chiede di esprimere il consenso per il trattamento dei tuoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi.

Allianz Direct ha la necessità di trattare, per gestire i servizi informativi relativi alle polizze, dati "sensibili" e/o giudiziari.

Il consenso richiesto, pertanto, riguarda anche tali dati, utilizzati per queste specifiche finalità.

Premesso che il **consenso** al trattamento dei dati è **facoltativo da parte tua**, precisiamo che, **in caso di rifiuto, non potremo** fornire il servizio informativo.

3.C UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI PROMOZIONALI E PER RICERCHE DI MERCATO

Solo qualora tu acconsenta, utilizzeremo i tuoi dati personali (non sensibili), anche avvalendoci delle tecniche di comunicazione a distanza indicate in questa informativa, per:

1. Offerte speciali, attività promozionali personalizzate, comunicazioni commerciali finalizzate alla soddisfazione del Cliente, realizzate quindi anche attraverso attività di profilazione e analisi delle abitudini di consumo, al fine di formulare offerte mirate di prodotti e/o servizi di Allianz Direct S.p.A. e di prodotti e/o servizi di Allianz S.p.A. e delle Società del Gruppo Allianz realizzate da Allianz Direct S.p.A. o da Società partner che operano per suo conto.
2. Questionari di gradimento, ricerche di mercato, indagini di qualità, analisi e indagini a fini statistici relative a prodotti, servizi, e bisogni della clientela, realizzate da Allianz Direct S.p.A. o da Società partner di Allianz Direct S.p.A..
3. Comunicazioni e iniziative promozionali di prodotti e/o servizi di Società partner con le quali Allianz Direct S.p.A. ha stabilito rapporti di collaborazione, realizzate da Allianz Direct S.p.A. o da Società che operano per suo conto.

3.D POSSIBILITÀ DI RIFIUTO E REVOCA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI PROMOZIONALI E RICERCHE DI MERCATO.

I consensi di natura promozionale e per ricerche di mercato sono facoltativi, quindi l'eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura del prodotto o del servizio assicurativo richiesto. Ti chiediamo di leggere attentamente le richieste di consenso e di selezionare le scelte fatte. Potrai sempre e liberamente revocare i consensi. Fino alla revoca i tuoi consensi resteranno efficaci.

4 MODALITÀ D'USO DEI DATI

I tuoi dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirti i servizi informativi e le informazioni richieste.

Usiamo la posta cartacea, le chiamate tramite operatore, il fax, il telefono anche cellulare, la posta elettronica, gli SMS, tablet, smartphone, APP, Social Network (Facebook, Twitter e WhatsApp) o altre tecniche di comunicazione a distanza, strumenti telematici, automatizzati ed informatici.

Possiamo utilizzare un processo decisionale automatizzato durante il trattamento dei dati personali. Possiamo quindi analizzare o fare previsioni collegando i dati personali, ad esempio, al comportamento e alla posizione. Possiamo o meno farti un'offerta basata su queste analisi o previsioni.

Queste modalità sono usate anche per comunicare con altre aziende dello stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende dello stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

In caso di necessità (ad es. per difficoltà tecniche) i nostri operatori, previa autorizzazione, potranno operare per tuo conto, sempre nel massimo rispetto della privacy. Le informazioni riguardo password e dati di pagamento non saranno infatti mai visibili e resteranno di tua esclusiva conoscenza. Le telefonate potranno essere registrate.

5 DESTINATARI DEI DATI PERSONALI – ACCESSO AI DATI

Per alcuni servizi, Allianz Direct utilizza soggetti di fiducia che svolgono per conto della Compagnia compiti di natura tecnica, commerciale od organizzativa. Il trattamento dei tuoi dati da parte di questi soggetti è necessario per la fornitura del servizio informativo. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva (coassicuratori e riassicuratori), soggetti facenti parte della catena distributiva, Enti associativi (ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) e organismi consortili del settore assicurativo, Pubbliche Amministrazioni ed Enti nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria per Legge, regolamento o normativa comunitaria, Società di revisione, di certificazione (indicata negli atti di bilancio) e di consulenza, nonché società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale e ricerche di mercato, Società del gruppo Allianz.

In caso di trattamenti per finalità correlate a quelle per le quali i dati sono stati da noi raccolti, i dati potranno essere comunicati a Società che forniscono servizi informatici e telematici o che svolgono specifiche operazioni quali la protocollazione o l'invio della corrispondenza, la liquidazione dei sinistri, l'archiviazione dei dati etc., legali, periti, medici, centrali di assistenza, IVASS, banche, carte di credito, Società di controllo frodi.

Si precisa inoltre che i tuoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle tue operazioni, se ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

In considerazione della complessità della nostra organizzazione e delle relazioni tra le varie funzioni aziendali, precisiamo che possono venire a conoscenza dei tuoi dati anche i dipendenti e collaboratori della Compagnia che opereranno in conformità alle istruzioni ricevute.

Tutti i soggetti menzionati sono o diretti collaboratori della Società e svolgono la funzione del "responsabile", o sono incaricati del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Hai il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i tuoi dati e come essi vengono utilizzati

6 TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I tuoi dati potrebbero essere trasferiti in un paese europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui al paragrafo 9.3 (Finalità del trattamento). Useremo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE, visionabili sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette modalità non trovassero applicazione, verranno attuate tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione nel trasferimento dei dati.

Se vuoi una copia dei dati trasferiti o avere informazioni sul luogo di conservazione, scrivi via mail a privacy@allianzdirect.it, oppure via posta ad Allianz Direct, Servizio Privacy, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

In ogni caso, qualora i tuoi dati venissero trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz Direct garantisce che il destinatario dei tuoi dati assicuri un adeguato livello di protezione. Per fare questo adotterà particolari clausole contrattuali che disciplinano il trasferimento dei dati e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz Direct non trasferirà in alcun caso i tuoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7 DIRITTI DELL'INTERESSATO

Puoi scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai tuoi dati personali, per rettificarli, chiederne la cancellazione o per limitare o opporsi al loro trattamento. Per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 hai il diritto alla portabilità dei dati. Hai inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il tuo consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei tuoi diritti.

Potrai:

- 1) accedere ai tuoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
- 2) revocare il tuo consenso in ogni momento;
- 3) aggiornare o correggere i tuoi dati personali in ogni momento;
- 4) chiedere la cancellazione dei tuoi dati dai sistemi della Compagnia (compreso il diritto all'oblio, se ricorrono i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
- 5) restringere il campo di trattamento dei propri dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
- 6) conoscere l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e le informazioni significative sulla logica utilizzata;
- 7) ottenere copia dei tuoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
- 8) sapere se i dati sono trasferiti a un Paese terzo e con quali garanzie di protezione;
- 9) contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7.A DIRITTO ALLA CANCELLAZIONE E ALL'OBLIO, RETTIFICA E PORTABILITÀ DEI DATI

Potrai sempre far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i tuoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. L'eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso.

Per esercitare i tuoi diritti scrivi via mail a privacy@allianzdirect.it oppure via posta a Allianz Direct. Servizio Privacy, Piazza Tre Torri 3,

20145 Milano.

8 PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, ossia finché sussiste la finalità per la quale sono trattati e comunque per il periodo minimo necessario indicato nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria.

Verificheremo periodicamente se permane un tuo interesse a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9 DIRITTO DI PROPORRE RECLAMO ALL'AUTORITA' DI CONTROLLO

Per fare un reclamo al Garante della Privacy, vai sul sito web www.garanteprivacy.it, e segui le modalità indicate.

Allianz Direct S.p.A.

Sede legale Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano

Tel +39 02/3045.9009

www.allianzdirect.it

C.F. e Registro imprese di Milano n. 01711850154

Società appartenente al Gruppo IVA Allianz con P. IVA n. 01333250320

Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00007

Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz

Iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018.

Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.