

Polizza Infortuni

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

Compagnia: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Prodotto: Infortuni



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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza multigaranzia di tipo individuale, tutela l'Assicurato da eventi inaspettati relativi al suo stato di salute che possano comprometterne la capacità di produrre reddito.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Decesso da infortunio
Indennizzo ai beneficiari della somma assicurata nel caso di decesso a seguito di infortunio liquidabile a termini di polizza.
- ✓ Invalità permanente da infortunio
Indennizzo della somma assicurata nel caso di infortunio che comporti una invalidità permanente.
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio
Rimborso, nei limiti del massimale di garanzia, di un'indennità giornaliera nel caso di ricovero reso necessario da infortunio.
- ✓ Diaria da Immobilizzazione da infortunio
Indennizzo della somma assicurata nel caso di infortunio che comporti l'applicazione di un mezzo di contenzione.
- ✓ Rimborso delle Spese di Cura da infortunio
Rimborso, nel limite del massimale di garanzia, delle spese sanitarie sostenute per la cura delle lesioni a seguito di infortunio liquidabile a termini di polizza.
- ✓ Inabilità Temporanea da infortunio (garanzia acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori Autonomi)
Indennizzo della somma assicurata nel caso di un'inabilità temporanea a seguito di infortunio liquidabile a termini di polizza.
- ✓ Assistenza
Prestazione di immediato aiuto nel caso di difficoltà a seguito di un evento fortuito tra quelli previsti in polizza.

guardia forestale, custode notturno armato, portavalori, vigile del fuoco, armaiolo, minatore, speleologo, guida alpina, sportivo professionista, fantino, palombaro, sommozzatore, stuntman, attività circense, attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico, Forze Armate e dell'Ordine.

Le garanzie prevedono principalmente limitazioni di assicurabilità sulla base dell'età dell'assicurato e sulla tipologia di attività svolta.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le esclusioni principali:

- ! lo stato di ubriachezza e/o ebbrezza, abuso di farmaci, alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- ! i delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dai beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;
- ! la guida di mezzi subacquei;
- ! i viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- ! i viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- ! la pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ! la pratica di discipline sportive considerate pericolose, quali per esempio: lotta nelle varie forme, immersione con autorespiratore, rafting, sci di velocità, sci acrobatico, alpinismo;
- ! la partecipazione a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante.



Che cosa non è assicurato?

- Non sono in copertura:
- ✗ le persone che superino i 75 anni di età nel corso di validità del contratto;
 - ✗ le persone affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere;
 - ✗ le persone che svolgano attività professionali considerate pericolose, quali per esempio: missionario, guardia giurata, guardia campestre,



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la sola garanzia Assistenza le prestazioni sono operanti esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- ✓ Per tutte le altre garanzie l'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

È fatto d'obbligo:

- al momento della sottoscrizione, di effettuare dichiarazioni veritiere, corrette e complete;
- in caso di sinistro, di denunciarlo tempestivamente, inviando la documentazione necessaria per la sua definizione.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio possono compromettere il diritto a ricevere la prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio è eseguito annualmente mediante addebito dell'importo stabilito sul conto corrente che il Contraente intrattiene con la Banca distributrice; è comunque data facoltà, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a € 10, di provvedere al pagamento del premio con cadenza mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio.

La polizza ha durata annuale e prevede il tacito rinnovo a scadenza, salvo il caso di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza attraverso raccomandata A/R o posta elettronica certificata all'indirizzo della Compagnia.

Assicurazione Infortuni



BPMASSICURAZIONI

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

Impresa: Bipiemme Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Infortuni

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 10/2019
ed è l'ultimo disponibile

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.

Bipiemme Assicurazioni S.p.A. Via G. Lazzaroni, 3 20124; Milano.

Tel. (+39) 02 72235.081; Sito internet: www.bpmassicurazioni.it; E-mail: info@bpmassicurazioni.it

PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Bipiemme Assicurazioni S.p.A., società soggetta alla direzione e coordinamento di Bipiemme Vita S.p.A., appartenente al Gruppo Assicurativo Bipiemme Vita (a sua volta appartenente al più ampio Gruppo Covéa), iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00177, è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 2860 del 22 dicembre 2010, 2964 del 22 febbraio 2012 e n. 3023 del 19 novembre 2012, ha sede legale e direzione generale in via G. Lazzaroni, 3 20124 Milano, Italia.

Telefono (+39) 02 72235.081, Indirizzo di posta elettronica info@bpmassicurazioni.it

Indirizzo di posta elettronica certificata: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2018) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di Bipiemme Assicurazioni S.p.A. è pari a € 30.961.712, di cui il capitale sociale ammonta a € 22.000.000 e il totale delle riserve patrimoniali a € 3.777.078. Il requisito patrimoniale di solvibilità dell'impresa alla fine del periodo di riferimento è pari a € 21.312.105, mentre il requisito patrimoniale minimo è pari a € 5.328.026. I fondi propri ammissibili sono pari a € 48.061.234 e il solvency ratio è pari al 225,51%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa disponibile sul sito internet dell'impresa (https://www.bpmassicurazioni.it/bpma/docs/BPMA_Relazione_sulla_solvibilita_finanziaria_2018.pdf).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Questa polizza prevede alcune garanzie obbligatorie (Decesso a seguito di infortunio, Invalidità permanente a seguito di infortunio, Assistenza) e delle garanzie opzionali (Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio, Diaria Ospedaliera a seguito di infortunio, Diaria da immobilizzazione a seguito di infortunio, Inabilità Temporanea a seguito di infortunio) acquistabili secondo 3 piani predefiniti.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e alle somme assicurate scelte, per le garanzie che lo prevedono, dal contraente. Per le garanzie Decesso a seguito di infortunio e Invalidità permanente totale a seguito di infortunio, la polizza può essere stipulata per i seguenti importi: € 50.000, € 100.000, € 200.000, a cui corrispondono anche differenti piani di prestazioni per le altre garanzie contrattuali.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONI DEL PREMIO


Non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO


Franchigia

Per la garanzia Invalidità permanente totale a seguito di infortunio è possibile scegliere, in fase di sottoscrizione, la percentuale della franchigia applicabile in caso di sinistro: 5%

	o 20%. La percentuale di franchigia più bassa è associata ad un premio di polizza maggiore.
--	---

	Che cosa NON è assicurato?
---	-----------------------------------

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

	Ci sono limiti di copertura?
---	-------------------------------------

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

	Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
---	--


Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di sinistro è necessario darne avviso all'Impresa entro 10 giorni dal sinistro componendo i seguenti numeri di telefono: Numero Verde 800.055.177 (per Italia) Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero) contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.
	Assistenza diretta/in convenzione: una volta denunciato il sinistro, l'Assicurato ha la facoltà di utilizzare, per la fornitura delle prestazioni, strutture o centri convenzionati con l'Impresa e/o con la Centrale Operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: Per la garanzia Assistenza, deve essere presentata denuncia alla Centrale Operativa di Blue Assistance (funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno), attivabile a mezzo: Numero verde 800.055.177 dall'Italia o +39.011.7417.266 dall'Estero posta elettronica, all'indirizzo: assistenza@blueassistance.it indirizzo di posta elettronica certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Impresa, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'impresa	Ricevuta tutta la necessaria documentazione, compiuti gli accertamenti del caso e determinato l'indennizzo dovuto, l'Impresa provvede al pagamento entro 30 giorni.


	Quando e come devo pagare?
---	-----------------------------------


Premio	- Il premio é comprensivo di imposte e la sua corresponsione è dovuta per tutto il periodo assicurativo. - Il premio deve essere pagato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a € 10, di provvedere al pagamento del premio con cadenza mensile.
Rimborso	Il contraente ha diritto al rimborso del premio in caso di risoluzione per cessazione del rischio in corso di contratto e in caso di diminuzione del rischio assicurato. L'Impresa, espletate le opportune verifiche, procederà a rimborsare la parte di premio pagata e non fruita, al netto delle imposte.

	Quando comincia la copertura e quando finisce?
---	---

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	La presente polizza non prevede la possibilità di sospendere la copertura.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	La polizza non prevede la possibilità di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	È possibile risolvere il contratto nel caso di cessazione documentata del rischio in corso di contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto ai soggetti correntisti della Banca distributrice.	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>- Costi intermediazione La quota parte media percepita dagli intermediari per il prodotto Infortuni è pari al 19,8% La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi lordi contabilizzati.</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;"> BIPIEMME ASSICURAZIONI S.P.A. Gestione Reclami Via G. Lazzaroni n. 3, 20124 MILANO Fax 02.85964440 Indirizzo e-mail: reclami@bpmassicurazioni.it PEC: bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it </p> <p>L'impresa dovrà rispondere al reclamo entro 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi a:</p> <p style="text-align: center;"> IVASS Via del Quirinale 21 – 00187 Roma Fax 06.42.13.32.06 PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it </p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98) (obbligatorio).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi si potrà procedere, su accordo tra le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti, - mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto precedente, oppure in alternativa ad essa; <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.</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.



BPM ASSICURAZIONI

GRUPE
CO
vea

Polizza INFORTUNI

**Contratto di Assicurazione
Infortuni di tipo individuale
Condizioni di Assicurazione ed. 10/2019**

Il documento è stato redatto secondo le Linee Guida del tavolo tecnico "Contratti Semplici e Chiari", per la semplificazione dei contratti assicurativi.

Il documento è stato redatto nel mese di ottobre 2019 e i dati in essi contenuti sono aggiornati ad ottobre 2019

Presentazione

Il prodotto è rivolto sia alle persone fisiche che a quelle giuridiche che siano interessate a tutelare se stessi, i propri cari o i propri dipendenti dal rischio di infortunio. È una soluzione assicurativa multirischio che prevede una scelta di coperture e pacchetti personalizzabili come sotto riportato:

	Garanzie	Caratteristiche	Prestazioni			
GARANZIE OBBLIGATORIE non vendibili separatamente	Decesso da infortunio	Capitale	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000	
		Invalidità Permanente da infortunio	Capitale	€ 50.000	€ 100.000	€ 200.000
	Franchigia		5% / 20%	5% / 20%	5% / 20%	
	Assistenza	Combinazione di prestazioni (es. invio ambulanza) e servizi di assistenza (es. consigli medici e farmaceutici 24h)				
GARANZIE OPZIONALI abbinabili a scelta	Rimborso spese di cura da infortunio	Prestazione	€ 5.000	€ 5.000	€ 5.000	
	Diaria	Da ricovero da infortunio	Prestazione	50 €/gg	100 €/gg	150 €/gg
		Massimale	200 gg	200 gg	200 gg	
	Da immobilizzazione da infortunio	Prestazione	25 €/gg	50 €/gg	75 €/gg	
		Massimale	25 gg	25 gg	25 gg	
	GARANZIA OPZIONALE in caso di acquisto di tutte le altre garanzie	Inabilità Temporanea da infortunio	Prestazione	25 €/gg	50 €/gg	75 €/gg
Massimale			45 gg	45 gg	45 gg	
Franchigia			10 gg	10 gg	10 gg	

Sommario

Glossario	5
Condizioni di assicurazione	9
SEZIONE 1 - Infortuni	9
Art. 1.1 – Chi è assicurato	9
Art. 1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	9
Art. 1.3 – Decesso da infortunio	9
Art. 1.4 – Invalidità Permanente da infortunio	10
Art. 1.5 – Diaria da ricovero da infortunio	10
Art. 1.6 – Diaria da immobilizzazione da infortunio	11
Art. 1.7 – Rimborso spese di cura da infortunio	11
Art. 1.8 – Inabilità Temporanea da infortunio.....	12
Art. 1.9 – Estensione territoriale	12
Art. 1.10 – Esclusioni	12
Art. 1.11 – Persone non assicurabili	14
Art. 1.12 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	15
SEZIONE 2 - Assistenza	16
Art. 2.1 – Chi è assicurato	16
Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi	16
Art. 2.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia.....	18
Art. 2.4 – Estensione territoriale.....	18
Art. 2.5 – Esclusioni	19
Art. 2.6 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti	21
SEZIONE 3 – Contratto dalla A alla Z	22
Art. 3.1 – Pagamento del premio	22
Art. 3.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	22
Art. 3.3 – Decorrenza e durata dell'assicurazione	22
Art. 3.4 – Firma digitale	23
Art. 3.5 – Diritto di recesso	23
Art. 3.6 – Recesso per sinistro	23
Art. 3.7 – Altre assicurazioni	23
Art. 3.8 – Limite massimo dell'indennizzo	23
Art. 3.9 – Variazione attività professionale	24
Art. 3.10 – Oneri fiscali.....	24
Art. 3.11 – Forma delle comunicazioni.....	24
Art. 3.12 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente	24
Art. 3.13 – Prescrizione	25

SEZIONE 4 - Denuncia ed obblighi in caso di sinistro	26
Art. 4.1 – Denuncia in caso di sinistro	26
Art. 4.2 – Obblighi in caso sinistro	26
Art. 4.3 – Pagamento dell'indennizzo	29
Art. 4.4 – Liquidazione dell'indennizzo	29
Tabella 1 - INAIL.....	31
Tabella 2 - Elenco attività professionali.....	34
Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali.....	36

Glossario

A	Assicurato	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
	Assicurazione	Insieme delle garanzie previste in polizza.
	Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito al Contraente che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.
	Attività professionale	Attività dichiarata nel modulo di polizza svolta dall'Assicurato in modo continuativo e abituale con la quale produce un reddito o percepisce una retribuzione. Convenzionalmente si intende anche l'attività quotidiana svolta dagli Assicurati non lavoratori.
B	Banca	Banco BPM S.p.A. che svolge attività di distribuzione assicurativa dietro incarico dell'Impresa, consistente nel presentare o proporre contratti assicurativi o nel prestare assistenza e consulenza finalizzate a tale attività e nella conclusione dei contratti ovvero nella collaborazione alla gestione o alla esecuzione dei contratti stipulati.
	Beneficiari	I soggetti identificati in polizza ai quali spettano le prestazioni previste nel contratto.
C	Cartella clinica	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
	Centrale Operativa	Componente della struttura di Blue Assistance S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua. La Centrale Operativa organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previsti in polizza.
	Compagnia	Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
	Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione e su cui gravano gli obblighi da essa derivanti.
D	Day Hospital/Day surgery	Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

	Distributore	Banco BPM S.p.A. che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tali attività.
F	Firma Digitale	Un particolare tipo di firma elettronica basata su un certificato qualificato (che assicura l'identificazione univoca del titolare e rilasciato da certificatori accreditati), realizzata mediante un dispositivo per la generazione della firma che soddisfa i requisiti di sicurezza richiesta dalla vigente normativa, tra i quali l'utilizzo di una OTP (One Time Password).
	Franchigia	L'importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla somma assicurata/risarcibile, dedotto dall'importo indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico. Se in polizza sono previsti limiti massimi di indennizzo, si procederà alla liquidazione del danno applicando la franchigia fissa dopo aver tenuto conto dei predetti limiti di indennizzo.
I	Indennizzo/risarcimento	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.
	Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
	Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Sono considerati infortuni anche: - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze, - l'asfissia non dipendente da malattia; - le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria; - le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.
	Invalidità Permanente	Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.
	Istituto di cura	Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery, poliambulatorio medico, centro diagnostico, centro di fisiokinesiterapia e riabilitazione, regolarmente autorizzati. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

	IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazioni. Istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP.
L	Lavoratore autonomo	Per lavoratore autonomo si intende una persona fisica che debba presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente o nella quale i redditi da lavoro autonomo siano maggiori di quelli da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.
M	Massimale assicurato	La somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento in caso di sinistro.
	Mezzo di contenzione	Ogni strumento di contenzione rigido, immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
	Modulo di polizza	Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, il premio e la sottoscrizione delle Parti.
N	Non autosufficienza temporanea	Temporanea impossibilità, comprovata da documentazione medica, di poter compiere, senza l'assistenza di una terza persona, almeno 3 (tre) delle seguenti 4 (quattro) azioni consuete della vita quotidiana: <ul style="list-style-type: none"> - lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale; - nutrirsi: capacità di mangiare e bere; - muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi; - vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti.
	Non lavoratori	Si intendono i soggetti indicati nella tabella 2 "Non Lavoratori".
P	Polizza	Il documento che prova il contratto di Assicurazione.
	Premio	La somma dovuta alla Società dal Contraente a corrispettivo dell'Assicurazione.

	Prestazioni sanitarie	Accertamenti diagnostici, visite specialistiche, cure mediche, materiale e strumenti di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Non sono compresi farmaci e specialità medicinali.
R	Residenza	Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Stato della Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.
	Ricovero	Permanenza in Istituto di Cura con pernottamento o in day hospital/day surgery.
S	Scoperto	L'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno liquidato a termini di polizza, che viene dedotto dall'indennizzo. Questo importo rimane a carico del Contraente.
	Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
	Società	Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
	Somma assicurata	L'importo contrattualmente stabilito che costituisce il limite entro il quale la Società è obbligata a rispondere nel caso in cui si verifichi un sinistro che colpisca le coperture assicurate per le quali è prestata la garanzia.
T	Trattamenti riabilitativi	Insieme di trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero della funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

Condizioni di assicurazione

LE GARANZIE CHE SEGUONO SONO VALIDE SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN POLIZZA E DIETRO CORRESPONSIONE DEL RELATIVO PREMIO.

Sezione 1 – Infortuni

Art. 1.1 Chi è assicurato

La persona fisica indicata in polizza.

Art. 1.2 Contro quali danni posso assicurarmi

L'assicurazione è operante per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'attività professionale ed extra-professionale, fatte salve le esclusioni di cui all'Art. 1.10 – Esclusioni della presente Sezione 1.

L'attività professionale dovrà essere dichiarata dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione del contratto. **Se l'Assicurato svolge più attività professionali, dovrà dichiarare quella relativa alla classe di rischio più alta (secondo la classificazione riportata nella Tabella 2 – Elenco attività professionali).**

Ai sensi del presente contratto, la definizione di infortuni è estesa ai seguenti eventi:

- a. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione;
- b. le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo;
- c. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- d. l'asfissia non dipendente da malattia;
- e. le conseguenze, obiettivamente constatabili di morsi o punture di vegetali e di insetti, esclusa comunque la malaria;
- f. le ernie addominali direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici che ne abbiano comportato il ricovero.
- g. stato di malore o incoscienza;
- h. atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i. atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- j. stato di guerra (dichiarata o di fatto), se l'Assicurato viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. **La garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.**

Art. 1.3 Decesso da infortunio

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata indicata nel modulo di polizza.

L'indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo 6 mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 58, 60 e 62 del Codice Civile. Se risulta che l'Assicurato sia vivo dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge (**commorienza dei coniugi**) non legalmente separato, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 50%, **a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%).**

Art. 1.4 Invalidità permanente da infortunio

La Compagnia garantisce un indennizzo per le conseguenze di un infortunio che comporti una Invalidità permanente dell'Assicurato, se questa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'infortunio**, anche successivamente alla scadenza della polizza e fatto salvo quanto previsto all'Art. 1.10 – Esclusioni.

L'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata indicata sul modulo di polizza in proporzione al grado di invalidità permanente accertata, al netto della franchigia assoluta.

Qualora l'invalidità accertata sia pari o maggiore del 60%, verrà liquidata l'intera somma assicurata per invalidità totale indicata nel modulo di polizza (senza applicazione di alcuna franchigia).

Il grado di invalidità è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nella tabella 1 "INAIL" (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 N.1124) delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 1.5 Diaria da ricovero da infortunio

Nel caso in cui un infortunio renda necessario il ricovero in Istituto di Cura, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera indicata nel modulo di polizza.

L'indennità è corrisposta per ogni giorno di degenza in day hospital/day surgery o per ogni pernottamento, **con il massimo di 200 giorni per sinistro (il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno qualunque sia l'orario di entrata e di uscita dell'Assicurato).**

Art. 1.6 Diaria da immobilizzazione da infortunio

La Compagnia corrisponde la somma indicata nel modulo di polizza, qualora un infortunio comporti applicazione di un mezzo di contenzione reso necessario da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari degli arti diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato per il periodo di immobilizzazione, **per un massimo di 25 giorni per ogni sinistro occorso.**

La Compagnia riconosce un indennizzo forfettario, pari a 10 volte la diaria assicurata, anche nel caso in cui un infortunio abbia come conseguenza una **lesione distorsiva articolare senza interessamento dei legamenti certificata da Ente Ospedaliero Pubblico** che comporti l'applicazione di mezzo di contenzione **non rimovibile per almeno 20 giorni consecutivi.**

Art. 1.7 Rimborso spese di cura da infortunio

Per la cura delle lesioni direttamente determinate da un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Compagnia riconosce all'Assicurato – **fino alla concorrenza del massimale assicurato** – il rimborso delle seguenti spese:

- **In caso di ricovero e successive allo stesso**

Durante il ricovero:

- prestazioni sanitarie, trattamenti riabilitativi, diritti di sala operatoria, rette di degenza, farmaci e specialità medicinali, cure e protesi dentarie.

Successive al ricovero:

- prestazioni sanitarie;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi **fino alla concorrenza di quanto indicato all'Art. 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti;**
- cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio;
- acquisto di protesi anatomiche;
- noleggio o acquisto di apparecchiature terapeutiche o ortopediche **con il limite di quanto indicato all'Art. 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti.**

- **In assenza di ricovero**

- prestazioni sanitarie;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi **fino alla concorrenza di quanto indicato all'Art. 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti;**
- cure e protesi dentarie rese necessario da infortunio;
- acquisto di protesi anatomiche;
- noleggio o acquisto di apparecchiature terapeutiche o ortopediche **con il limite di quanto indicato all'Art. 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti.**

Le spese indicate nel presente articolo sono rimborsate **previa applicazione dello scoperto come indicato nell'Art. 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti.**

Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative al ticket, la Compagnia rimborserà il corrispondente costo, senza applicazione di alcuno scoperto.

Art. 1.8 Inabilità temporanea da infortunio (garanzia acquistabile dai soli Assicurati Lavoratori Autonomi)

Qualora un infortunio indennizzabile a termine di polizza comporti una inabilità temporanea dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde la somma indicata nel modulo di polizza, per ogni giorno di inabilità, previa **l'applicazione della franchigia indicata all'Art 1.12 - Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti, per un periodo massimo di 45 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo**, secondo le seguenti modalità:

- a. integralmente per ogni giorno di Inabilità totale;
- b. al 50% per ogni giorno di Inabilità parziale.

Art. 1.9 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.10 Esclusioni

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE DELLA SEZIONE

La Compagnia non indennizza gli infortuni derivanti da:

- a. infortuni preesistenti e/o conseguenze derivanti dagli stessi;**
- b. menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia;** in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- c. perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati,** le percentuali di cui alla Tabella 1 delle presenti condizioni di assicurazione, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
- d. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente;**
- e. 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;**
- f. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- g. delitti ed atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dai beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;**
- h. movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;**

- i. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- j. guerra (dichiarata e non) - salvo quanto previsto all'Art.1.2 - Contro quali danni posso assicurarmi - insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;
- k. guida di mezzi subacquei;
- l. viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;
- m. viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;
- n. pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- o. pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);
- p. pratica di bungee jumping;
- q. partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- r. partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- s. la pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslettino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza essere affiancato da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- t. la partecipazione, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, nonché degli Enti di Promozione Sportiva, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante;
- u. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, le lesioni determinate da sforzo e da tendinopatie croniche (a titolo esemplificativo e non esaustivo: strappi muscolari, lesioni alla cuffia dei rotatori, lesioni al tendine calcaneare), salvo quanto previsto all'Art. 1.2 – Contro quali danni posso assicurarmi.

ESCLUSIONE SPECIFICHE PER LA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 1.6 – DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

- v. la garanzia non è operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

ESCLUSIONE SPECIFICHE PER LA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 1.7 – RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

- w. spese sostenute per l'acquisto di medicinali e farmaci successivamente al ricovero;
- x. spese per la riparazione o sostituzione di protesi.

Art. 1.11 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone che, all'atto della sottoscrizioni o nel corso del contratto:

- a. abbiano un'età superiore ai 75 anni. Qualora l'Assicurato compia il 75° anno di età durante il periodo di validità del contratto, la copertura assicurativa terminerà alla prima scadenza annua successiva;
- b. siano affette da diabete, alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere.
- c. svolgano una delle attività professionali riportate nella Tabella 2 – Elenco attività professionali, alla sezione PROFESSIONI NON ASSICURABILI.

La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto sono causa di cessazione dell'assicurazione; i premi eventualmente incassati successivamente al momento in cui la Compagnia ne venga a conoscenza saranno restituiti al Contraente; la Compagnia potrà recedere dal contratto con effetto immediato.

Al verificarsi di una delle condizioni sopra riportate, la copertura terminerà ed i premi incassati successivamente saranno restituiti al Contraente e non costituiranno, in nessun caso, deroga alle predette condizioni.

Art. 1.12 Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Evento		Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
1.3	DECESSO DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro	Non previsti
1.4	INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro e per anno	Franchigia Assoluta indicata in polizza
1.5	DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro (massimo 200 giorni)	Non previsti
1.6	DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro (massimo 25 giorni)	Non previsti
1.7	RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	€ 5.000 € 1.500 per trattamenti fisioterapici € 1.500 per acquisto o noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche	Scoperto 20% con il minimo di € 50
1.8	INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO	Nei limiti della somma assicurata indicata in polizza per sinistro e per anno (massimo 45 giorni)	10 giorni

Sezione 2 – Assistenza

Art. 2.1 – Chi è assicurato

L'Assicurato indicato in polizza.

Art. 2.2 – Contro quali danni posso assicurarmi

La Compagnia si impegna a fornire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto, **con i limiti previsti all'Art. 2.6 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti**, nel caso in cui questi si trovi in una situazione di difficoltà a seguito del verificarsi di un infortunio occorso durante il periodo di copertura della polizza stessa.

Le **garanzie prestate** sono le seguenti:

A - CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio, sui medicinali commercializzati in Italia, su composizione, equivalenza prodotti, posologia, eventuali controindicazioni e sul reperimento delle farmacie di turno.

B - INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza/domicilio, la Centrale Operativa, nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico. Il servizio è attivo nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nel più vicino Istituto di Cura mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

C - TRASFERIMENTI IN ISTITUTI DI CURA SPECIALIZZATI

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso un Istituto di Cura specializzato per essere ricoverato, anche al di fuori della propria regione di residenza/domicilio, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario**, provvede a:

- individuare e prenotare l'Istituto di Cura specializzato in Italia;
- organizzare i contatti medici.

La Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando un'autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

D - CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica** - la Centrale Operativa - **per un periodo**

massimo di 3 settimane successive al sinistro - provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali.** L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

E - CONSEGNA SPESA

Qualora l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto per almeno 5 giorni, certificati da prescrizione medica** – la Centrale Operativa provvede a garantire, **per un periodo di 30 giorni successivi al sinistro**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a 2 volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.

L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

F - FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO - CHIRURGICHE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da un Istituto di Cura in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle,
- sedia a rotelle,
- letto ortopedico,
- materasso antidecubito,

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Compagnia.

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Compagnia provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di Euro 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

G - CONSEGNA DOCUMENTI

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza temporanea presso la propria residenza/domicilio, a seguito di infortunio, **che comporti una permanenza a letto di almeno 3 giorni - certificati da prescrizione medica** – ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la Centrale Operativa **per un periodo di 3 settimane successive al sinistro**, provvede a garantire la consegna dei documenti.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana**, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici. L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Compagnia.

H - INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza/domicilio, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto di almeno 5 giorni certificata da prescrizione medica**, la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Compagnia **fino a un massimo di 12 (dodici) ore**.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di 1 mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo**.

Art. 2.3 – Con quali condizioni operative attivo la garanzia

La Compagnia presta il servizio di assistenza tramite una struttura organizzativa esterna in conformità al Regolamento Isvap n. 12 del 9 gennaio 2008 ed eroga le prestazioni di assistenza attraverso la Centrale Operativa di Blue Assistance S.p.A., attiva 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, ai seguenti numeri di telefono: Numero verde 800.055.177 (dall'Italia) - Linea urbana +39 011 74.172.66 (dall'Estero).

La Compagnia non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura, in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

La Compagnia non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato

Art. 2.4 – Estensione territoriale

Le prestazioni sono operanti nel territorio delle Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2.5 – Esclusioni

L'Assistenza non è operante in caso di:

- a. **infortuni preesistenti e/o conseguenze derivanti dagli stessi;**
- b. **menomazioni preesistenti, di qualsiasi ordine e tipologia;** in questo caso sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;
- c. **perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati,** le percentuali di cui alla Tabella 1 delle presenti condizioni di assicurazione, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
- d. **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore al limite previsto dalla normativa vigente, sanzionabile ai sensi dell'art. 186 del Decreto legislativo 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;**
- e. **stato di ubriachezza e/o ebbrezza, abuso di farmaci;**
- f. **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;**
- g. **alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;**
- h. **delitti ed atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dai beneficiari, atti di autolesionismo, suicidio, tentato suicidio;**
- i. **movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, trombe d'aria e uragani;**
- j. **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- k. **guerra (dichiarata e non) - salvo quanto previsto all'Art.1.2 - Contro quali danni posso assicurarmi - insurrezioni e contaminazioni chimiche e biologiche derivanti, direttamente od indirettamente da atti terroristici, occupazioni militari;**
- l. **guida di mezzi subacquei;**
- m. **viaggi aerei in qualità di passeggero effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su ogni altro mezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo;**
- n. **viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, di allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio;**
- o. **pratica di attività sportive a livello professionistico,** oppure quando a tali attività sportive sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- p. **pratica di paracadutismo e sport aerei in genere, anche in qualità di passeggero** (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili);
- q. **pratica di bungee jumping;**
- r. **partecipazione a gare e/o prove motoristiche e motonautiche, compresi i liberi accessi a circuiti;**
- s. **partecipazione a imprese di carattere eccezionale** (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);

- t. **pratica delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: lotta e arti marziali nelle loro forme, immersione con autorespiratore, pugilato, kitesurf, snowkite, rafting, canoa o idrospeed o canyoning in tratti caratterizzati da rapide, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idrosci, bobslittino-skeleton praticati su pista, bobsleigh (guidoslitta), alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciaio di difficoltà superiore al 3° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo.** Per alpinismo/free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;
- u. **partecipazione, in qualità di tesserato e sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive o di associazioni ad esse equiparabili, nonché degli Enti di Promozione Sportiva, a corse, gare e/o allenamenti di: baseball, rugby, hockey su ghiaccio e a rotelle, pattinaggio su ghiaccio e a rotelle, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, sci e sci nautico, snowboard, bob, football americano, atletica pesante;**
- v. **manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.**

ESCLUSIONI SPECIFICHE RELATIVE ALLA SOLA GARANZIA DI CUI ALLA LETTERA A – CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI:

- w. **non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**

Art. 2.6 – Limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti

Prestazioni	Limiti di indennizzo	Massimale	Franchigia/Scoperto
A – CONSIGLI MEDICI E FARMACEUTICI TELEFONICI	Non previsti	Non previsto	Non previsti
B – INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA	Non previsti	Non previsto	
C – TRASFERIMENTO IN ISTITUTI DI CURA SPECIALIZZATI	Non previsti	Non previsto	
D – CONSEGNA FARMACI	Massimo 3 settimane	Non previsto	
E – CONSEGNA SPESA	Massimo 30 giorni	Non previsto	
F – FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE	Massimo 90 giorni	€ 300	

G – CONSEGNA DOCUMENTI	Massimo 20 giorni	Non previsto
H – INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA	Massimo 12 ore	Non previsto

Sezione 3 – Contratto dalla A alla Z

Art. 3.1 – Pagamento del premio

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione, irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto esclusivamente presso una delle filiali del Distributore.

Il Premio verrà addebitato annualmente in un'unica soluzione; è comunque data facoltà al Contraente di optare per il frazionamento mensile del premio, per una rata di premio lordo di importo non inferiore a 10 euro.

In caso di estinzione del rapporto bancario intrattenuto dal Contraente presso il Distributore, la copertura terminerà alla prima scadenza anniversaria utile, senza necessità di esplicita disdetta.

Analogamente, il contratto si intenderà risolto anche nel caso in cui il Contraente non comunichi le eventuali variazioni del conto corrente di addebito intrattenuto presso una filiale del Distributore.

Nel caso il Contraente abbia optato per il **pagamento del premio con frazionamento mensile, al momento della chiusura del conto dovranno essere corrisposte le residue rate di premio relative al periodo assicurativo annuo in corso.**

Art. 3.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 3.3 – Decorrenza e durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, se il premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

La presente polizza ha durata annuale.

In mancanza di disdetta, da comunicarsi tra le parti almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per 1 ulteriore anno e così di seguito. Per esercitare tale diritto, il Contraente dovrà inviare alla Società disdetta attraverso raccomandata A/R al seguente indirizzo:

**Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
Via Giuseppina Lazzaroni, 3
20124 Milano**

In alternativa alla comunicazione a mezzo lettera raccomandata, se il Contraente è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata, può inviare la richiesta di disdetta all'indirizzo di posta elettronica certificata della Società: gestioneclienti.bmassicurazioni@pec.it

In caso di mancato pagamento del premio o della rata del premio alla scadenza convenuta, anche nell'ipotesi in cui l'addebito non possa essere effettuato per insufficienza di fondi sul conto corrente, la copertura sarà sospesa e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il contratto è risolto di diritto se, nei 6 mesi successivi alla scadenza, il Contraente non provvedere a corrispondere il premio dovuto.

Resta inteso che gli eventuali sinistri occorsi nel periodo di sospensione delle garanzie assicurative non saranno indennizzabili.

Art. 3.4 – Firma digitale

Esclusivamente in caso di vendita a distanza, la sottoscrizione può avvenire mediante Firma Digitale, come disciplinata dal D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione digitale) e relative norme di attuazione. Il contratto di polizza viene emesso sotto forma di documento informatico tale da soddisfare i requisiti della forma scritta nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

Art. 3.5 – Diritto di recesso

Esclusivamente in caso di vendita a distanza e a condizione che non abbia denunciato sinistri, entro 14 giorni dalla decorrenza del contratto, il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R. a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano. In alternativa alla comunicazione tramite raccomandata, se il Contraente è in possesso di un indirizzo di posta elettronica certificata, può inviare la richiesta di recesso all'indirizzo di posta elettronica certificata della Società:

gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

La Società provvederà a rimborsare al Contraente il Premio pagato e non goduto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, a far data dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione, al netto delle imposte.

Art. 3.6 – Recesso per sinistro

Dopo ciascun sinistro denunciato e fino al 60° giorno dal pagamento o dalla comunicazione di rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Compagnia possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni da inviarsi attraverso lettera raccomandata A/R. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Compagnia, verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio non goduta, al netto dell'imposta.

Art. 3.7 – Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre polizze.

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Art. 3.8 – Limite massimo dell'indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto dalle singole garanzie, nonché dall'art. 1914 del Codice Civile, **a nessun titolo la Società potrà essere tenuta a pagare una somma maggiore di quella assicurata ed indicata nella scheda di polizza.**

Art. 3.9 – Variazione attività professionale

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione che intervenga a **modificare ogni elemento del rischio con particolare riferimento al cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza.**

La mancata comunicazione può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo; In particolare:

- **l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto in misura integrale**, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde una classe uguale o inferiore a quella dichiarata;
- **l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto nella percentuale indicata nella tabella sottostante**, se all'attività professionale svolta al momento del sinistro corrisponde una classe professionale più elevata;

		Attività professionale indicata nel modulo di polizza		
		Classe I	Classe II	Classe III
Attività professionale al momento del sinistro	Classe I	100%	100%	100%
	Classe II	85%	100%	100%
	Classe III	65%	75%	100%
	Attività non assicurabile	0	0	0

- **se l'attività professionale dell'Assicurato al momento del sinistro rientra tra le attività di cui alla Tabella 2, alla sezione PREFESIONI NON ASSICURABILI delle presenti condizioni di assicurazione, la Compagnia ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.**

Art. 3.10 – Oneri fiscali

Le imposte, i contributi, le tasse e tutti gli oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 3.11 – Forma delle comunicazioni

Per quanto non diversamente regolato, tutte le comunicazioni inerenti il contratto debbono farsi per iscritto mediante invio di lettera raccomandata A/R, fax o posta elettronica certificata all'attenzione di:

Bipiemme Assicurazioni S.p.A.
Via Giuseppina Lazzaroni, 3 - 20124 Milano MI
Fax +39.02.72235.080,

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

oppure alla filiale della Banca al quale è assegnato il Contratto di assicurazione.

Art. 3.12 – Legislazione applicabile, sistemi alternativi di risoluzione delle controversie e foro competente

Per quanto non regolato espressamente dal presente contratto valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Qualunque controversia relativa al presente contratto, ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 e sue successive modifiche, deve essere preliminarmente sottoposta ad un tentativo di mediazione, da effettuarsi innanzi ad uno degli organismi di mediazione iscritti nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

La richiesta di mediazione deve essere inviata a Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Servizio Legale e Societario - Via Giuseppina Lazzaroni n. 3 - 20124 Milano ovvero a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo bipiemmeassicurazionispa@legalmail.it

Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.

Se la mediazione non ha successo, il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 3.13 – Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono **in 2 anni da quando si è verificato il fatto** su cui il diritto si fonda.

Sezione 4 – Denuncia ed obblighi in caso di sinistro

Art. 4.1 – Denuncia in caso di sinistro

- **Relativamente alle garanzie della sezione 1- Infortuni**, i sinistri devono essere tempestivamente denunciati dal Contraente, dall'Assicurato (o i suoi aventi causa) e/o dalla Banca alla Società, **entro 10 giorni** dalla data del sinistro stesso, componendo i seguenti numeri di telefono:

**Numero Verde 800.055.177 (per Italia),
Linea Urbana +39.011.74.172.66 (per l'Estero),**

contattabili dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00.

Successivamente, seguendo le indicazioni ricevute dall'operatore, il Contraente/l'Assicurato (o i suoi aventi causa) **dovrà inviare, con lettera raccomandata A/R, il Modulo di Denuncia sinistro**, al seguente indirizzo:

**Bipiemme Assicurazioni
c/o BLUE ASSISTANCE
via Santa Maria n. 11
10122 – TORINO**

Posta Elettronica Certificata: gestioneclienti.bpmassicurazioni@pec.it

- **Relativamente ai sinistri del ramo Assistenza**, la gestione dei sinistri viene affidata alla Società BLUE ASSISTANCE S.P.A. **Per ottenere l'Assistenza il Contraente/l'Assicurato deve telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa**, componendo i numeri di telefono:

**Numero per l'Italia 800.055.177 (per Italia)
Linea Urbana +39 011 741.72.66 (per l'Estero)**

La Centrale Operativa è a disposizione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno per raccogliere le richieste.

Art. 4.2 – Obblighi in caso di sinistro

Relativamente alla garanzia DECESSO DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

I beneficiari dovranno presentare:

- **Copia del Verbale delle Autorità eventualmente intervenute;**
- **Copia del referto autoptico o del riscontro diagnostico, se eseguiti;**
- **Documentazione medica**, con particolare riguardo **alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;**
- **Certificato di morte rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;**
- **Certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;**
- **Atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **Decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri Bipiemme Assicurazioni circa il reimpiego della quota spettante al minorenni, **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire tra i beneficiari;**
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro

nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Relativamente alla Garanzia INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento; **essa deve essere corredata dalla copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente o notifica emessa dagli enti preposti. Successivamente l'Assicurato deve inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.**

L'Assicurato deve inoltre presentare:

- **Copia del referto del Pronto Soccorso;**
 - **Documentazione medica**, con particolare riguardo **alla cartella clinica, nel caso vi sia stato ricovero, relativa all'infortunio che ha determinato l'invalidità permanente;**
 - Eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro.
- L'accertamento di eventuali postumi di invalidità permanente da infortunio verrà effettuato in Italia.**

Relativamente alla Garanzia RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento.

Per ottenere il rimborso delle Spese di Cura l'Assicurato deve presentare

- **I documenti di spesa in originale;**
- **Documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero e i relativi giustificativi.

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione o ente, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore o dall'ente.

Per ottenere il rimborso delle spese relative a cure e protesi dentarie in assenza di ricovero di cui all'Art. 1.7, "Rimborso delle Spese di Cura a seguito di infortunio", l'Assicurato deve presentare, oltre ai documenti di spesa in originale e alla documentazione medica, anche il referto del Pronto Soccorso pubblico.

Relativamente alle garanzie DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando:**

- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica;
- **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

I certificati medici comprovanti la prosecuzione del periodo di ricovero dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.

Relativamente alle garanzie DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando:**

- **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato

ricovero;

– **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve:

- Sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Bipiemme Assicurazioni o dai suoi incaricati;
- Fornire alla stessa ogni informazione.

La natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata (applicazione e rimozione) devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dall'Istituto di Cura o dal medico che ha effettuato l'operazione di immobilizzazione (applicazione o rimozione); la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura e le lesioni distorsive articolari senza interessamento dei legamenti devono essere certificate da Ente Ospedaliero Pubblico.

I certificati medici comprovanti la prosecuzione dell'immobilizzazione dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Bipiemme Assicurazioni possa stabilire una data anteriore.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un mezzo di contenzione, la diaria da immobilizzazione verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Relativamente alle garanzie INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dettagliata dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato e le modalità di accadimento **allegando**:

– **La documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;

– **Copia del referto del Pronto Soccorso.**

Per ottenere il rimborso l'Assicurato deve:

- sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Bipiemme Assicurazioni o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione.

L'inabilità deve risultare da certificazione medica attestante l'infortunio e la relativa prognosi; l'Assicurato deve pertanto fornire un certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa dell'attività lavorativa ed eventuale certificato di ricovero in Istituto di cura.

Dopo il primo certificato, se alla sua scadenza l'inabilità permane, la certificazione del medico deve essere rinnovata; in mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore, come verificato a seguito di accertamenti.

L'indennizzo per "Inabilità Temporanea da infortunio" non è cumulabile con quello per "Diaria da Immobilizzazione da infortunio". La Compagnia liquiderà solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

Relativamente alla Garanzia ASSISTENZA, L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

- a) le proprie generalità e l'eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);
- b) numero di polizza;
- c) tipologia del sinistro e luogo di accadimento;

d) tipo di intervento richiesto.

Art. 4.3 – Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo **entro 30 giorni**. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Art. 4.4 – Liquidazione dell'indennizzo

DECESSO DA INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, sarà erogata a favore dei Beneficiari la prestazione prevista per il caso di decesso.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'infortunio prima che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato pagato, la Compagnia, previa produzione del certificato di morte, **liquida agli eredi**:

- l'importo già concordato, oppure, in mancanza:
- l'importo offerto, oppure, se non vi è stata ancora l'offerta:
- l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia sulla base della documentazione fornita.

In ogni caso, alla Compagnia dovrà esser consegnata la documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

Nel caso in cui i beneficiari designati risultino di numero superiore ad uno, l'ammontare della liquidazione verrà suddiviso in parti uguali fra tutti i beneficiari, salvo l'espressa indicazione di percentuali diverse da parte del Contraente, non trovando applicazione la disciplina successoria. Nell'ipotesi di designazione a beneficiari degli eredi (sia legittimi sia testamentari), ai fini del presente contratto e agli effetti della relativa liquidazione, si intenderanno quali beneficiari i soggetti che rivestano, al momento della morte dell'Assicurato la qualità di chiamati all'eredità di costui, risultando irrilevanti, al fine, la successiva rinuncia o accettazione dell'eredità da parte degli stessi.

Qualora, per qualsiasi ragione, risulti mancante la designazione dei beneficiari per il caso di decesso da infortunio, si intenderanno come tali l'erede o gli eredi testamentari (in parti uguali), ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi in parti tra loro uguali.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio liquidabile a termini di polizza prima dell'accertamento dello stato di invalidità totale permanente, sarà erogata a favore dei Beneficiari la prestazione prevista per il caso di decesso.

DIARIA DA RICOVERO DA INFORTUNIO

In caso di ricovero non in day hospital/day surgery, per il pagamento della diaria si tiene conto del numero dei pernottamenti.

L'indennizzo per "Diaria da ricovero da infortunio" non è cumulabile con la garanzia per "Inabilità Temporanea da infortunio"; nel caso in cui l'infortunio comporti l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquida per prima la garanzia "Diaria da ricovero da infortunio" e successivamente al ricovero quella per "Inabilità temporanea da infortunio".

DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE DA INFORTUNIO

L'indennizzo per "Diaria da Immobilizzazione da infortunio" non è cumulabile con quello per "Inabilità Temporanea a seguito di infortunio". La Compagnia liquiderà solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'Assicurato per certificati o per visite medico legali non richieste dalla Compagnia ai fini della liquidazione del sinistro.

INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

L'indennizzo per "Inabilità temporanea da infortunio" non è cumulabile con quello per Diaria da Immobilizzazione da infortunio". La Compagnia liquiderà solo la prestazione più a favore per l'Assicurato.

L'indennizzo per "Inabilità Temporanea da infortunio" non è cumulabile con la garanzia "Diaria da ricovero da infortunio"; nel caso in cui l'infortunio comporti l'intervento di queste garanzie, la Compagnia liquida per prima la garanzia "Diaria da ricovero da infortunio" e successivamente al ricovero quella per "Inabilità temporanea da infortunio".

La Compagnia restituisce gli originali dei documenti giustificativi delle spese, unitamente all'indicazione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Se l'Assicurato ha presentato a terzi l'originale delle notule, delle distinte, delle ricevute e delle fatture per ottenerne il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, previa presentazione di copia del documento giustificativo a dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

TABELLA 1 INAIL DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva vedasi la tabella seguente:

VISUS PERDUTO	VISUS RESIDUO	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MINORE (occhio peggiore)	ACUTEZZA DELL'OCCHIO CON ACUTEZZA VISIVA MAGGIORE (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

Note:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso di diversa valutazione è riferita al visus naturale;
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di rifrazione;
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo;
- In caso di afachia monolaterale:
 - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	DX	SX
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria		
a) Con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) Senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstito	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità	-	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio		
a) Per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) Per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita di una mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) In semipronazione	30%	25%
b) In pronazione	35%	30%
c) In supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		

a) In semipronazione	40%	35%
b) In pronazione	45%	40%
c) In supinazione	55%	50%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) In semipronazione	22%	18%
b) In pronazione	25%	22%
c) In supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito del piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi fibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i 5 centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.

È inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

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

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

TABELLA 2 - ELENCO ATTIVITA' PROFESSIONALI

LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti – Negozianti con sola attività di vendita	1
A002	Commercianti – Negozianti con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. carico e scarico colli)	2
A003	Libero professionista con sola attività in studio	1
A004	Libero professionista con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri	3
A005	Medico, Paramedico (Operatore Socio Sanitario), Personale infermieristico	2
A006	Giornalista	2
A007	Aicoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
A012	Imprenditore o Artigiano settore meccanico	3
A013	Imprenditore o Artigiano con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
A014	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
A015	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri, Autisti, Auto funebri, Tassisti	3
A016	Distributori di carburanti	3
A017	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti)	2
A018	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori	2

LAVORATORI NON AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Commessi con sola attività di vendita	1
B002	Commessi con attività di vendita ed attività manuali correlate (ad es. carico e scarico colli)	2
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B004	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con anche missioni esterne e/o lavoro manuale e/o accesso a cantieri	3
B005	Medico, Paramedico, Personale infermieristico	2
B006	Giornalista	2
B007	Aicoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B008	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B009	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B010	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
B011	Operai imprese settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
B012	Operai imprese settore meccanico	3

B013	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
B014	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti	3
B015	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti, Tassista, Auto funebri...)	3
B016	Distributori di carburante	3
B017	Addetti altri settori	2
B018	Insegnanti	1
B019	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	1
B020	Lavoratori domestici	2
B021	Lavoratori in cooperative	2
B022	Assistenti sociali	2

NON LAVORATORI		
COD	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	1
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2

PROFESSIONI NON ASSICURABILI
Missionario
Guardia giurata, Guardia campestre, Guardia forestale
Custode notturno armato
Portavalori
Vigili del fuoco, Forze Armate e Forze dell'Ordine
Armaiolo
Minatore, Speleologo, Archeologo, Palombaro, Sommozzatore
Insegnante di alpinismo, Guida alpina
Sportivi professionisti
Ballerini professionisti
Fantino
Stuntman
Attività circense, Acrobati, Giostrai
Allevatori non ricompresi nell'elenco delle attività assicurabili per lavoratori autonomi e lavoratori non autonomi
Attività a contatto con esplosivi o materiale pirotecnico

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016

Gentile Cliente, desideriamo informarLa che Bipiemme Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") per l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto assicurativo dovrà raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Nel rispetto della vigente normativa, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR"), Le rilasciamo pertanto le seguenti informazioni:

A. NATURA DEI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

A.1 FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO/CONTRATTUALE

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse e strumentali all'instaurazione, alla gestione e all'esecuzione dei rapporti contrattuali, quali, a titolo esemplificativo:

- attività preliminari (quali la stesura di preventivi);
- stipula di polizze assicurative, raccolta dei premi, gestione del rapporto assicurativo;
- liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali;
- costituzione, esercizio o difesa dei diritti della Società;
- adempimento a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri);
- attività statistico-tariffarie e di profilazione della clientela;
- verifica e monitoraggio dei rischi finanziari.

Per la fornitura di tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

A.2 FINALITÀ CONNESSE AD ATTIVITÀ PROMOZIONALI E/O DI MARKETING

La Società può chiedere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali al fine conoscere il gradimento in ordine alla qualità dei servizi offerti, rilevare i Suoi fabbisogni assicurativi e tenerLa aggiornato sulle nuove proposte commerciali e/o attività promozionali promosse dalla Società o da società del gruppo di appartenenza della stessa, anche tramite questionari, posta ordinaria, telefono, messaggi del tipo sms o di altro tipo.

Tali finalità sono connesse, ma non indispensabili, alle finalità di cui alla lettera A.1 della presente informativa.

Il consenso ai trattamenti in questione è facoltativo e il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la possibilità di instaurare, proseguire e/o ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa. I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

C. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c..

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

D. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati

personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Bipiemme Assicurazioni S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via G. Lazzaroni 3, 20124 Milano – e-mail: privacy@bpmvita.it

E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è Bipiemme Assicurazioni S.p.A., Via G. Lazzaroni 3, 20124 Milano.