# Assicurazione Bolletta Protetta




one
UNDERWRITING

Il presente Contratto di Assicurazione è concluso tra l'Assicuratore, “Quantum Leben AG”, che agisce tramite l'Agente Generale “One Underwriting, UAB” e il Contraente Enel X Italia S.r.l.
Il presente Contratto di Assicurazione è emesso in favore degli Assicurati (nell'interesse degli aventi diritto) ai sensi dell'art. 1891 del codice civile italiano.

Questa Polizza è operante sulla base del fatto che l’assicurato accettati di rispettare tutti i termini e le condizioni ivi stabiliti.

In caso contrario, l’assicuratore ha il diritto di ridurre o rifiutare o annullare l’operatività della presente Polizza in base alla Legge sulle assicurazioni della Repubblica italiana.

# Indice


| | |
|---|---|
| Sezione 1: Informazioni generali | 3 |
| TABELLA DEI CAPITALI, LIMITI, FRANCHIGIE ED ESCLUSIONI | 4 |
| Sezione 2: Informazioni sulla copertura | 5 |
| MORTE DA INFORTUINIO | 5 |
| INABILITA’ TOTALE TEMPORANEA | 6 |
| INVALIDITA’ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO: | 6 |
| PERDITA D’IMPIEGO: | 7 |
| RICOVERO OSPEDALIERO | 7 |
| Sezione 3: Limitazioni della copertura ed esclusioni | 8 |
| Sezione 4: Parti contrattuali | 10 |
| Sezione 5: Sinistri | 13 |

# 1 Trattamento dei dati personali

**Il regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR**
Uno delle principali aspetti del nuovo regolamento generale sulla protezione dei dati dell'UE (GDPR) è la trasparenza del trattamento dei dati. Con le seguenti indicazioni, desideriamo informarti sul trattamento dei tuoi dati personali da parte nostra e sui diritti a cui hai diritto ai sensi della legge sulla protezione dei dati.

**Abbiamo a cuore i tuoi dati personali**
Quantum Leben AG è una compagnia assicurativa sulla Vita con sede a Vaduz, nel Principato del Liechtenstein, è una compagnia di assicurazioni autorizzata che fornisce prodotti e servizi assicurativi su base transfrontaliera tramite un agente generale nominato One Underwriting, UAB, Gostauto str. 40B, Vilnius, Lituania (di seguito "noi", "nostro"). La protezione della tua privacy è una priorità assoluta per noi. Questa informativa sulla privacy spiega come e che tipo di dati personali verranno raccolti, perché vengono raccolti, con chi vengono condivisi o divulgati. Si prega di leggere attentamente questo avviso.

**Accesso ai dati personali da parte di terzi**
I tuoi dati non saranno venduti, rilasciati o resi disponibili a terzi in alcun modo diverso da quello qui descritto. I dati personali saranno trasmessi alle istituzioni e alle autorità statali solo nell'ambito di disposizioni legali obbligatorie.

Il contraente ha l'obbligo di informare e comunicare I dati personali dei beneficiari al Broker al fine dell'esecuzione del contratto di servizio. Per ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, fare riferimento al documento sull'informativa privacy

# 2 Trattamento dei dati personali

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente.
Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:
Email: <…> / Tel.: 800.900.129

Gli aventi causa dell'Assicurato devono altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Polizza. In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

AVVERTENZA:
La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

# 3 Termini e Condizioni del Contratto

## Sezione 1: Informazioni generali

### PARTI DEL CONTRATTO

**Assicuratore:** Quantum Leben AG, Städtle 18 9490 Vaduz, Lichtenstein che agisce per il tramite di One Underwriting UAB **(di seguito – Assicuratore, MGA, Noi)**

**Contraente:** Enel X Italia S.r.l., Via Flaminia 970, 00189 – Rome **(di seguito – Azienda)**

**Assicurato:** Persona fisica sottoscrittrice dei servizi del Contraente **(di seguito - Beneficiario / Assicurato / Tu / Tuo)**

*Fare riferimento alla sezione "Parti e definizione delle persone assicurate" e "requisiti di assicurabilità" per una definizione più ampia*

### INFORMAZIONI CONTRATTUALI

Il presente Contratto o Polizza di Assicurazione è stipulato tra l'Assicuratore e il Contraente (di seguito le Parti) a favore degli Assicurati ("nell'interesse degli aventi diritto") ai sensi dell'art. 1891 del codice civile italiano.

### DISPOSIZIONI GENERALI

Questa Polizza è prestata sulla base del fatto che Tu e chiunque assicurato dalla presente Polizza accettate di rispettare tutti i termini e le condizioni ivi stabiliti. In caso contrario, abbiamo il diritto di ridurre o rifiutare le Vostre richieste o annullare il contratto in base alla Legge italiana.

### PARTI E DEFINIZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

**Assicurato:** La persona fisica residente in Italia che soddisfa i requisiti di assicurabilità previsti nel presente documento.

**Beneficiario:** Il soggetto che percepisce l'indennizzo previsto dal Contratto di Assicurazione.

**Assicuratore**: Quantum Leben AG con sede legale in Stadtle 18, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Società autorizzata a svolgere l'attività assicurativa con la quale l'Assicurato stipula il Contratto di Assicurazione.

**Contraente:** Enel X Italia s.r.l.

**IVASS:** Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza per le compagnie di assicurazione a tutela dei consumatori.

**Lavoratore autonomo:** Persona fisica che abbia presentato ai fini del calcolo dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione del reddito da lavoro dipendente (vedi definizione di lavoratore dipendente di azienda privata e pubblico) e da pensione. Sono considerati lavoratori autonomi anche quanti percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto e i collaboratori coordinati e continuativi.

**Dipendente di Azienda privata:** Persona fisica che svolge la propria attività lavorativa presso un'azienda privata di cui è dipendente e il cui contratto di lavoro, regolato dalla Legge italiana, non sia inferiore a 16 ore settimanali e abbia prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo; la sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro.

A titolo esemplificativo sono considerati Lavoratori dipendenti di azienda privata: i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai; i soci di cooperativa iscritti nei libri paga; i lavoratori con contratto a tempo indeterminato o determinato; i lavoratori somministrati; i lavoratori con contratto di apprendistato.

**Dipendente pubblico:** Persona fisica dipendente della Pubblica Amministrazione intesa come: le Amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado; le Aziende e le Amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo; le Regioni, le Province ed i Comuni; le Comunità Montane e loro Consorzi e Associazioni; le Università; le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e le loro Associazioni; le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

**Non lavoratori:** Persone fisiche non rientranti nelle categorie di cui sopra (Lavoratore autonomo, Lavoratore dipendente di azienda privata, Lavoratore dipendente pubblico).

### REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Solo le persone fisiche che soddisfano i criteri di seguito sono coperte dal presente contratto:

- Residenti in Italia;
- Età compresa tra 18 e 67 anni per invalidità permanente totale dovuta a infortunio, inabilità temporanea totale e perdita del lavoro;
- Età compresa tra i 18 e gli 80 anni per decesso da infortunio e ricovero ospedaliero;
- Sottoscrittori dei servizi EnelX che includono in regalo la presente copertura.

Le condizioni di cui ai punti precedenti devono inoltre essere rispettate per tutta la durata del contratto di assicurazione.

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

I seguenti documenti formano parte del contratto di assicurazione:

Termini e condizioni di assicurazione: l'insieme delle clausole che regolano il contratto di assicurazione.

Informativa sulla privacy: documento contenente informazioni sui principi e sull'utilizzo della protezione dei dati.

Modulo di segnalazione reclami: documento che può essere utilizzato per segnalare reclami e contiene l'elenco dei documenti da consegnare in fase di reclamo.

**Bolletta:** il documento di fatturazione attraverso il quale ENEL X Italia S.r.l. addebiti per gas e / o elettricità, su base mensile o bimestrale, il relativo costo al proprio cliente in base al contratto stipulato. Sono considerate coperte solo bollette per le quali, al momento del sinistro, non sono ancora stati conclusi i termini di pagamento.

## PERIODO DI ASSICURAZIONE

Data di effetto della copertura assicurativa: il termine a partire dal quale è possibile attivare la copertura assicurativa. La data di validità è legata alla data di entrata in vigore del servizio 360Plus.

Durata del contratto di assicurazione: l'intero periodo di validità del contratto di assicurazione.

Durata della copertura assicurativa: il periodo di validità della copertura assicurativa coincidente con la durata del Contratto di Assicurazione.

## TABELLA DEI CAPITALI, LIMITI, FRANCHIGIE ED ESCLUSIONI

| Garanzia | Categorie | Somma ass.ta | Indennità mensile* | Franchigia relativa | Carenza | Periodo di riqualificazione |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Morte da infortunio | Tutti gli assicurati | €500 | - | Non applicabile | Non applicabile | Non applicabile |
| Invalidità permanente totale da infortunio | Tutti gli assicurat | €500 | - | 65% | Non applicabile | Non applicabile |
| Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia | Tutti gli assicurat | - | €37,50 | 30 gg | 30 gg (solo malattia) | 30 días |
| Ricovero ospedaliero da infortunio o malattia | Tutti gli assicurat | - | €37,50 | 7 gg | 30 gg (solo malattia) | 30 gg (solo malattia) |
| Perdita d'impiego | Dipendenti di Azienda privata | - | €37,50 | 30 gg | 30 gg | 30 gg |

** massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce e gas), per sinistro e per anno;*
*massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce e gas) per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).*

**Protezione Luce 360**

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

**Protezione Gas 360**

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (gas), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (gas), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

**Protezione 360 plus**

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce o gas), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce o gas), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

## FRANCHIGIA RELATIVA

E' il periodo di tempo che deve essere superato affinché il sinistro possa essere considerato coperto. La durata della franchigia relativa è specificata nella tabella sopra (es. Ricovero 7 giorni; Perdita del lavoro 30 giorni). L'inizio del periodo di franchigia relativa è il primo giorno in cui si verifica l'evento accertato dal punto di vista medico.

## CARENZA

L'indennità non sarà corrisposta se il sinistro si verifica entro 30 giorni dalla data di effetto della copertura; Tale condizione non è applicabile agli assicurati con continuità di copertura e ai sinistri conseguenti ad infortunio.

*** Il periodo di carenza non è applicabile agli Assicurati che abbiano sottoscritto un rapporto continuativo ininterrotto al servizio ENEL X con annesse coperture assicurative.*

## PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Se è stata pagata una invalidità temporanea totale o un ricovero ospedaliero a seguito di una malattia oppure una richiesta conseguente a perdita del lavoro, non sarà corrisposto alcun risarcimento per richieste successive a meno che, nel periodo compreso tra la fine del primo periodo di copertura e l'inizio del secondo periodo di copertura, l'Assicurato abbia ripreso il lavoro o a svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici per un periodo di 30 giorni consecutivi.

# Sezione 2: Informazioni sulla copertura

ATTENZIONE: La copertura assicurativa non si applica nel caso in cui il sinistro si verifichi durante o comunque a seguito dello svolgimento, anche occasionale, di attività lavorative e sportive di natura pericolosa, come elencato nella Sezione 3.

---

**DEFINIZIONI**

La definizione di "Infortunio" o "Accidentale" si riferisce all'evento dannoso dovuto a una causa violenta ed esterna fortuita che produce lesioni fisiche oggettivamente accertabili. Sono inoltre considerati infortuni:

- Asfissia non morbosa,
- Avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento di sostanze;
- infezioni e avvelenamenti causati da punture di animali, punture di insetti e piante, ad eccezione della malaria e delle malattie tropicali;
- annegamento;
- congelamento;
- colpo di sole o colpo di calore;
- lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di qualsiasi tipo di infarto e lacerazioni sottocutanee dei tendini;
- ernie addominali, con l'esclusione di qualsiasi altro tipo di ernia;
- lesioni subite in stato di malattia o incoscienza.

"Risarcimento" o "Indennizzo" si riferisce all'importo dovuto dall'Assicuratore in caso di sinistro.

"Lesione" si riferisce a un danno causato al corpo di una persona.

"Malattia" si riferisce al deterioramento della salute fisica a causa di una condizione medica che:

- E' iniziata ed è stata contratta per la prima volta con segni e sintomi fisici che si manifestano durante il periodo del contratto;
- Non è conseguente ad infortunio; e
- Richiede Assistenza e/o trattamento medico.

*"Inabilità totale temporanea" è una condizione derivante da un Infortunio o Malattia e che è confermata da un medico abilitato mediante l'emissione di un certificato di congedo per malattia e per la quale l'Assicurato non è in grado di svolgere le normali mansioni lavorative o svolgere qualsiasi altro lavoro. Le normali mansioni lavorative sono le attività svolte dall'Assicurato prima del verificarsi dell'evento assicurato o di qualsiasi altro lavoro che l'Assicurato era in grado di svolgere in base all'istruzione, alle abilità e alle capacità.*

*"Invalidità permanente totale" indica la perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato a causa di Infortunio, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. Il beneficio è riconosciuto quando la percentuale di invalidità accertata è superiore al 65%. L'invalidità deve essere stata causata da lesioni fisiche, oggettivamente accertabili e indipendenti dalla volontà dell'Assicurato. Il grado di invalidità permanente totale da infortunio è valutato sulla base della tabella del DPR n. 1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modifiche.*

*"Ricovero ospedaliero" indica lo stato di ricovero ininterrotto che richiede una degenza stazionaria in una struttura sanitaria, a causa di Infortunio o Malattia, resa necessaria per lo svolgimento di indagini e / o terapie che non possono essere eseguite in strutture ambulatoriali o di day hospital.*

## MORTE DA INFORTUNIO

**COPERTURA PER MORTE IN CASO DI INFORTUNIO**

Copertura assicurativa valida per tutti gli assicurati che soddisfano i requisiti di assicurabilità

Fatte salve le limitazioni ed esclusioni di cui alla sezione 3, il rischio coperto è la morte per infortunio. In caso di Morte da infortunio dell'Assicurato durante la validità del Contratto di Assicurazione, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario un'indennità di € 500,00.

**NON CUMULABILITA' DELLE PRESTAZIONI**

Le coperture assicurative previste operano alternativamente e non sono cumulabili tra loro. Il risarcimento pagato dall'Assicuratore per una copertura assicurativa non è mai cumulabile con il risarcimento relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

- Il risarcimento della copertura assicurativa Morte da infortunio non è cumulabile con il risarcimento della copertura assicurativa Invalidità totale permanente da infortunio. Pertanto, se durante la valutazione del sinistro per inabilità permanente totale da infortunio si dovesse verificare il decesso, tale copertura assicurativa potrà intervenire solo se l'invalidità non è applicabile;
- Il risarcimento per la copertura assicurativa Decesso da Infortunio non è cumulabile con il contestuale pagamento dell'indennizzo mensile della copertura assicurativa di Inabilità totale temporanea.

L'eventuale risarcimento già pagato verrà detratto dall'importo totale del risarcimento stesso.

## INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

**COPERTURA PER INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DOVUTA AD INFORTUNIO O MALATTIA**

Copertura assicurativa valida per tutti gli assicurati che soddisfano i requisiti di assicurabilità.

Il giorno della malattia o dell'infortunio indicato nella documentazione medica è considerato come giorno effettivo in cui si è verificato l'evento assicurato.

Fatte salve le esclusioni di cui alla Sezione 3, il rischio coperto è l'incapacità temporanea totale derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

L'invalidità temporanea totale dovuta a mal di schiena e / o patologie simili deve essere comprovata da esami radiologici e clinici.

L'Assicuratore provvederà al pagamento di una somma pari all'importo delle bollette dovute durante il periodo di inabilità limitato ad un massimo di 37,50 EUR per un periodo di 12 mesi. Decorso il periodo di carenza in caso di sinistro per malattia, il risarcimento sarà corrisposto solo il periodo di franchigia relativa di 30 giorni sarà superato.

**NON CUMULABILITA' DELLE PRESTAZIONI**

Le coperture assicurative fornite operano in via alternativa e non sono cumulabili tra loro. L'indennizzo versato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non può mai cumularsi con l'indennizzo relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente da infortunio non è cumulabile con l'indennizzo della copertura assicurativa Decesso da infortunio;
- l'indennizzo della copertura assicurativa Invalidità Totale Permanente da infortunio non è cumulabile con la contemporanea liquidazione della prestazione mensile della copertura assicurativa Inabilità Totale Temporanea (ove prevista).

Eventuali indennizzi già corrisposti saranno detratti dall'ammontare totale dell'indennizzo stesso.

## INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

**COPERTURA PER INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO**

Copertura assicurativa valida per tutti gli assicurati che soddisfano i requisiti di assicurabilità

Fatte salve le esclusioni di cui alla Sezione 3, il rischio coperto è l'invalidità permanente totale di grado superiore al 65% causata da Infortunio. Nei casi in cui sia accertata l'invalidità permanente totale dell'Assicurato, di grado superiore al 65%, entro 2 anni dalla data dell'infortunio occorso durante il periodo contrattuale, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, l'Assicuratore garantisce allo stesso il pagamento, in un'unica soluzione, di una somma pari a € 500,00.

Se l'evento invalidante si verifica quando l'Assicurato è già in pensione, e quindi il criterio del riconoscimento dell'inabilità permanente non può essere applicato con riferimento alla capacità lavorativa, viene utilizzato il criterio della "perdita di autosufficienza" così definito. L'Assicurato è riconosciuto affetto da invalidità permanente totale nel caso in cui non sia in grado di svolgere in modo totale e permanente almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana, e necessiti quindi dell'assistenza costante di una terza persona.

Le attività elementari della vita quotidiana sono definite come:

1. lavarsi: la possibilità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. vestirsi e svestirsi: la capacità di indossare, togliere, allacciare e slacciare qualsiasi tipo di indumento e, eventualmente, anche tutori, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. andare in bagno e usarlo: la capacità di mantenere un ragionevole livello di igiene personale (es. lavarsi, radersi, pettinarsi);

4. movimento: la capacità di spostarsi dal letto alla sedia o alla sedia a rotelle e viceversa senza l'ausilio di una terza persona;

5. continenza: capacità di controllare le funzioni corporee per mantenere un livello soddisfacente di igiene personale;

6. mangiare: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con cibi preparati da altri, e di bere senza l'ausilio di una terza persona.

In caso di morte prematura dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi di invalidità permanenti derivanti dall'infortunio o alla valutazione medico-legale dell'azienda, per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli eredi dell'assicurato possono dimostrare l'esistenza del diritto al risarcimento presentando documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

L'Assicuratore si riserva il diritto di inviare, a proprie spese, l'Assicurato per una visita medico-legale ad uno dei suoi fiduciari purché si trovi nello stesso comune dell'Assicurato e / o di far svolgere accertamenti per verificare la validità delle informazioni dallo stesso comunicate. L'Assicurato, i suoi familiari e / o gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine che questo ritenga necessaria, a tal fine svincolando dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato.

Il mancato rispetto di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Ai fini del calcolo del grado di invalidità totale permanente da Infortunio, verranno prese in considerazione solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che ha generato l'invalidità.

Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono ammissibili al risarcimento solo le conseguenze che si sarebbero verificate se l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

**NON CUMULABILITA' DELLE PRESTAZIONI**

Le coperture assicurative previste operano alternativamente e non sono cumulabili tra loro. Il risarcimento pagato dall'Assicuratore per una copertura assicurativa non è mai cumulabile con il risarcimento relativo ad un'altra copertura assicurativa. In particolare:

- Il risarcimento della copertura assicurativa per invalidità permanente totale da infortunio non è cumulabile con il risarcimento della copertura assicurativa per morte da infortunio;
- Il risarcimento della copertura assicurativa per invalidità permanente totale da infortunio non può essere combinato con il pagamento



## PERDITA D'IMPIEGO:

**COPERTURA PER PERDITA DEL POSTO DI LAVORO PER GIUSTIFICATO ED OGGETIVO MOTIVO O MOBILITÀ**

Copertura assicurativa valida per gli assicurati che sono Dipendenti di una società privata

Fatte salve le esclusioni di cui alla sezione 3, il rischio assicurato è la perdita involontaria del lavoro a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "mobilità":

a) ha cessato la sua normale attività lavorativa e non svolge alcun altro lavoro di durata pari o superiore a 16 ore settimanali che generi reddito o guadagno;

b) è iscritto negli appositi elenchi anagrafici in Italia, o percepisce un'indennità derivante da cure di mobilità;

c) non rifiuta irragionevolmente alcuna offerta di lavoro.

Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" o "mobilità".

Se l'Assicurato è disoccupato al momento dell'entrata in vigore del Contratto di Assicurazione, la copertura avrà effetto 30 giorni dopo l'inizio del rapporto di lavoro dell'Assicurato se il contratto di lavoro dell'Assicurato è stato in vigore senza interruzioni.

L'ultimo giorno di lavoro è considerato il momento in cui si è verificato l'evento assicurato.

La copertura non è operante:

- se l'Assicurato ha perso il lavoro o si è accorto di aver perso il posto di lavoro in data antecedente l'attivazione della copertura;
- se il luogo di residenza dell'assicurato non è in Italia.

Stato di Disoccupazione o Mobilità: la posizione lavorativa in cui si trova un Dipendente di un'azienda privata che è iscritto nelle liste di disoccupazione o mobilità presso il centro per l'impiego competente e riceve le rispettive indennità. Durante la disoccupazione / mobilità il lavoratore non potrà svolgere alcuna attività lavorativa.

La copertura assicurativa è soggetta a un periodo di franchigia relativa di 30 giorni. L'inizio del periodo di franchigia è il primo giorno di inattività (visibile nella lettera di licenziamento). Il risarcimento è pari all'importo delle bollette luce e / o gas dovute durante il periodo di disoccupazione limitato a un massimo di 37,50 EUR al mese e un periodo di 12 mesi.

**NON CUMULABILITA' DELLE PRESTAZIONI**

Le coperture assicurative previste operano alternativamente e non sono cumulabili tra loro. Il risarcimento pagato dalla Compagnia per una copertura assicurativa non è mai cumulabile con il risarcimento relativo ad altra copertura assicurativa.



## RICOVERO OSPEDALIERO

**COPERTURA RICOVERO OSPEDALIERO DOVUTA AD INFORTUNI O MALATTIE**

Copertura assicurativa valida per tutti gli assicurati che soddisfano i requisiti di assicurabilità

Fatte salve le esclusioni di cui alla Sezione 3, il rischio coperto è il Ricovero, conseguente a Infortunio o Malattia, reso necessario per lo

svolgimento di accertamenti e / o terapie non effettuabili in strutture ambulatoriali.

L'Assicuratore salderà il pagamento di una somma pari all'importo delle bollette di elettricità e / o gas scadute durante il periodo di ricovero limitato a un massimo di 37,50 EUR al mese e un periodo di 12 mesi. Decorso il periodo di attesa contrattuale in caso di sinistro per Malattia, il Risarcimento sarà corrisposto solo al termine del relativo periodo di franchigia di 7 giorni.

**NON CUMULABILITA' DELLE PRESTAZIONI**

La copertura fornita opera alternativamente e non è cumulabile. Il risarcimento pagato dall'Assicuratore per una copertura assicurativa non è mai cumulabile con il risarcimento relativo ad un'altra copertura assicurativa. Qualsiasi indennizzo già pagato verrà detratto dall'importo totale del risarcimento stesso.

Questa garanzia cessa di essere efficace in caso di decesso per Infortunio o in caso di liquidazione di un sinistro per Invalidità Permanente Totale da Infortunio.

# Sezione 3: Limitazioni della copertura ed esclusioni

**LIMITAZIONI DI COPERTURA**

Esclusioni: l'elenco completo delle limitazioni ed esclusioni relative alla copertura assicurativa fornita dall'assicuratore come di seguito elencato:

*Franchigia fissa:* Periodo applicabile dopo il verificarsi dell'evento assicurato in cui la parte del danno subito e del risarcimento resta interamente a carico dell'Assicurato e che, solo se superato, darà diritto al Risarcimento. Il periodo di franchigia fissa viene sempre detratto dal pagamento dell'indennità.

*Franchigia relativa: Periodo applicabile dopo il verificarsi dell'evento assicurato in cui la parte del danno subito e del risarcimento resta interamente a carico dell'Assicurato e che, solo se superato, darà diritto al risarcimento. Il periodo di franchigia relativa non viene detratto dal pagamento dell'indennità se superato.*

*Esempio: l'inabilità temporanea dovuta a malattia dura 35 giorni.*

*a) Se è applicabile la franchigia fissa, l'indennità assicurativa sarà calcolata per 35 giorni di inabilità meno 30 giorni franchigia fissa = 5 giorni coperti.*

*b) Se è applicabile la franchigia relativa, l'indennità assicurativa sarà calcolata per 35 giorni di inabilità, la franchigia relativa non è applicabile = 35 giorni coperti.*

Periodo di riqualificazione: il periodo di tempo che deve intercorrere tra la data di cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale, il ricovero in ospedale o lo stato di disoccupazione o mobilità, liquidabile ai sensi della Polizza e della denuncia relativa a un successivo sinistro per gli stessi eventi.

**ESCLUSIONI**

La copertura per decesso da infortunio, invalidità permanente totale da infortunio, inabilità temporanea totale e ospedalizzazione non è validanei seguenti casi:

1. Invalidità accertata, malformazioni o infortuni occorsi, stati patologici diagnosticati e noti all'Assicurato prima della data di efficacia della copertura, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
2. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e comunque se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
3. incidenti di volo causati da acrobazie, esibizioni, record o tentativi di record, voli di collaudo, pratica del paracadutismo (non giustificati da una situazione pericolosa);
4. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano e salvo il caso in cui l'Assicurato non venga sorpreso dallo scoppio di eventi bellici in un paese sino ad allora in pace (esclusi Città del Vaticano e San Marino). In quest'ultima circostanza, verranno corrisposti gli indennizzi derivanti da sinistri causati da stato di guerra dichiarata e non, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
5. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it;
6. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
7. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, scioperi, sommosse, atti di terrorismo e rivoluzioni;
8. contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;
9. dolo dell'Assicurato e/o del Beneficiario;
10. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione;
11. Infezione da virus HIV, stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi correlate o stati assimilabili;

12. sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
13. sinistri causati da abuso di alcol, abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da parte dell'Assicurato, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
14. sinistri causati da abuso o uso di medicinali in dosi non prescritte dal medico;
15. conseguenze della pratica tutte le attività sportive compiute a livello professionistico (sia che comportino o meno un compenso o una remunerazione) salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
16. sinistri occorsi durante o comunque a seguito dello svolgimento - anche occasionale - di una delle attività sportive e / o lavorative pericolose indicate nelle ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE;
17. produzione e/o uso di esplosivi.

INOLTRE, LA COPERTURA IN CASO DI MORTE NON È OPERANTE NEL SEGUENTE CASO:

18. suicidio e tentativi di suicidio AVVENUTI nei termini stabiliti dalla normativa vigente.

LA COPERTURA DELLA INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE, DELLA INABILITA' TEMPORANEA TOTALE E RICOVERO OSPEDALIERO NON SONO VALIDE ANCHE NEI SEGUENTI CASI:

19. operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
20. mal di schiena e patologie simili se non comprovate da esami radiologici e clinici che danno luogo a uno stato di inabilità totale;
21. atti di autolesionismo dell'Assicurato volontari o causati da uno stato di incapacità di comprendere o di volere da esso stesso procurato;
22. sinistri causati da malattie mentali disturbi psichici in genere, comprese forme maniaco-depressive o stati paranoici;
23. trasformazioni o assestamento energetico dell'atomo naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
24. gravidanza e parto, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi (esclusione valida solo per le coperture assicurative Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero).

LA COPERTURA PERDITA DELL'IMPIEGO NON E 'OPERANTE NEI SEGUENTI CASI:

25. l'assicurato non ha prestato, nei 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il sinistro, la propria attività lavorativa in modo consecutivo. La sospensione inferiore alle 2 settimane non viene considerata quale interruzione di continuità del rapporto di lavoro;
26. l'Assicurato ha un contratto di lavoro che prevede meno di 16 ore settimanali;
27. il licenziamento è dovuto a giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare o professionale;
28. Dimissioni
29. qualora Assicurato, durante la messa in mobilità matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
30. l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Ordinaria, Straordinaria (anche in deroga) o Edilizia ovvero altri amministratori sociali;
31. il contratto di lavoro non è regolato dalla legge italiana;
32. l'Assicurato venga licenziato dal medesimo datore di lavoro dal quale aveva ricevuto nei 12 mesi prima della decorrenza della copertura assicurativa un'intimazione di licenziamento, una comunicazione scritta nella quale veniva individuato come lavoratore oggetto di una procedura di mobilità o di cassa integrazione o è a conoscenza di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
33. l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
34. qualora la disoccupazione sia un evento programmato in base alla natura di rapporto subordinato a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, sia la conseguenza della scadenza di un termine;
35. risoluzioni del rapporto di lavoro, anche consensuali, motivate da riorganizzazioni aziendali che prevedono l'accompagnamento alla pensione;
36. l'Assicurato non si presenta al lavoro a causa di condanna penale.

ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ SPORTIVE PERICOLOSE

a) Sci fuoripista e snowboard, acrobatico e / o estremo, trampolini con sci e idro-sci, sci nautico, skiathlon;
b) Bob (guidoslitta), Skeleton, Arrampicata, Bouldering, Scalata, Combinata nordica, Escursioni alpine> 3.000 metri, Skyrunning, Accesso ai ghiacciai, Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Kayak, Canoa, Speleologia;
c) Sport aerei in genere, a titolo esemplificativo: Aerei mobili a pilotaggio remoto (droni), Bungee Jumping, Paracadutismo, Parapendio, Deltaplano, ULM, Elicottero, Aliante;
d) Immersioni subacquee, Caccia, Safari, Sport equestri, Tauromachia;

e) Partecipazione a gare (e relativi allenamenti) e prove, con qualsiasi mezzo a motore;
f) Motonautica (off-shore, hovercraft, gare veliche), vela (> 60 miglia dalla costa);
g) Competizioni ciclistiche;
h) Kickboxing, Pugilato, Savate, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano;
i) Altri sport comunemente indicati come "estremi".

ESCLUSIONI DERIVANTI DA ATTIVITÀ DI LAVORO PERICOLOSE

a) Forze armate (militari, carabinieri), forze di polizia, vigili del fuoco (a meno che il lavoro non venga svolto esclusivamente a livello amministrativo in uffici interni);
b) Addetti alla sicurezza e all'ordine pubblico, guardie giurate, guardie del corpo, soccorritori alpini;
c) Lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino, lattoniere, lavavetri, installatore di insegne, montatore di piloni, telecabine, linee elettriche aeree, terrazziere, betoniere, rifinitore);
d) Carpentieri in metallo;
e) Attività in porto o su imbarcazioni (es. Marinaio, skipper, pescatore, elettricista e macchinista, operatori portuali);
f) Attività su piattaforme marine, piattaforme petrolifere;
g) Attività che comportano l'uso di altiforni;
h) Attività che comportano l'utilizzo di teleferiche;
i) Attività a contatto con sostanze nocive o tossiche;
j) Attività a contatto con esplosivi (es. minatori, lavoratori in arsenale, addetti al settore pirotecnico);
k) Attività di radiologo e batteriologo, attività nei reparti di malattie infettive;
l) Attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V;
m) Attività che comportano l'utilizzo di automezzi per il trasporto di materiale pericoloso (infiammabile, tossico, esplosivo, corrosivo, radioattivo);
n) Attività che richiede l'uso di armi (es. Cacciatori professionisti);
o) Attività subacquee (es. sommozzatori, subacquei, istruttori subacquei);
p) Attività che comportano lavori di sterramento;
q) Attività che comportano soggiorni prolungati in paesi a rischio di guerra / terrorismo (es. Diplomatici, giornalisti, fotografi o cameraman, guide turistiche);
r) Attività sotterranee (es. Speleologi, minatori);
s) Attività di alta montagna (es. Guide alpine);
t) Addetti al settore petrolifero;
u) Collaudatori di veicoli a motore e motocicli;
v) Piloti o membri dell'equipaggio di aeromobili charter (con meno di 30 posti) e / o privati, elicotteri, istruttori di volo; Piloti professionisti (gare automobilistiche, motoristiche ecc.), circensi e giostrai;
w) Attori o artisti che svolgono attività pericolose (ad es. controfigure, stuntman)
x) Magistrati (se operanti in settori a rischio, es. Settore antimafia).

# Sezione 4: Condizioni Generali del contratto

L'Assicurato ha acquistato il presente Contratto di Assicurazione a favore dei propri clienti sottoscrittori servizi di ENEL X che includono la copertura gratuitamente.

Le presenti condizioni assicurative regolano quindi il rapporto contrattuale tra il Contraente, gli Assicurati e l'Assicuratore. Per tutto quanto non espressamente regolato dalla presente polizza si fa riferimento alle leggi applicabili.

Ai sensi dela norma dell'articolo 166, comma 2, del D. Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione della Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto o in altri colori contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico della Contraente o dell'Assicurato.

---

**COPERTURA ASSICURATIVA**

PER COSA PUOI ESSERE ASSICURATO

L'Assicuratore presta coperture assicurative agli Assicurati nei limiti e alle condizioni di seguito descritte:

- Morte da infortunio;

- invalidità permanente totale per infortunio;
- inabilità totale temporanea per infortunio o malattia;
- Perdita di impiego;
- Ricovero ospedaliero.

Le prestazioni relative alle coperture assicurative sono descritte in dettaglio alla Sezione 2, e le relative esclusioni sono riportate alla Sezione 3 delle presenti condizioni assicurative.

**DICHIARAZIONI**

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del c.c. Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte e/o le reticenze siano relative a circostanze tali, per le quali la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto di Assicurazione, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

**OBBIGHI**

OBBLIGHI DEL CONTRAENZA

Il Contraente si impegna a consentire l'ingresso in assicurazione a tutti coloro che rispettino i requisiti di assicurabilità di cui alla Sezione 1 del presente documento.

**BENEFICIARI**

BENEFICIARI

Beneficiari della sola copertura assicurativa Decesso da infortunio sono gli eredi testamentari o legittimi. L'Assicurato può in qualsiasi momento, revocare o modificare tale indicazione indicando eventualmente anche il Referente Terzo, inviando una comunicazione con lettera raccomandata A.R. o via e-mail alla ai seguenti recapiti:

AON SPA

via Cristoforo Colombo 149

00147 Roma

Tel. 06/772761 | Fax. 06/77276229

e-mail: …….

In generale, la designazione del Beneficiario è efficace altresì se lo stesso è determinato solo genericamente, purché sia certamente individuabile. L'Assicurato ha facoltà di indicare, per esigenze specifiche di riservatezza, anche un referente terzo diverso dal Beneficiario a cui la Compagnia può fare riferimento in caso di decesso.

AVVERTENZA: In caso di mancata indicazione dei dati identificativi del Beneficiario, ovvero del referente terzo, si potrebbero incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dello stesso. La comunicazione di nomina e revoca o modifica del Beneficiario, in qualsiasi forma effettuata, anche per testamento, costituisce un atto unilaterale recettizio, e come tale non potrà essere opposto fino a che la nomina o revoca o modifica del Beneficiario non sia stata comunicata.

**DURATA**

DURATA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

La durata massima del Contratto di Assicurazione è di 2 anni con rinnovo tacito alla fine del primo anno, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità definiti tra le Parti, in caso contrario la copertura assicurativa è valida fino alla mezzanotte del giorno di scadenza del servizio ENEL X, se non diversamente convenuto in entrambi i casi non superiore al Periodo del Contratto di Assicurazione.

**DECORRENZA**

VALIDITÀ E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalla mezzanotte del primo giorno successivo alla data di attivazione del servizio ENEL X.

**TERMINE**

TERMINE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Le coperture assicurative hanno termine:

- in caso di ripensamento del Cliente dal Contratto stipulato con ENEL X e per il quale viene prestato il Servizio;

- in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità;
- in caso di decesso o liquidazione del sinistro per invalidità totale permanente dell'Assicurato;
- in caso di disdetta dal presente Contratto tra le Parti;
- in caso di cessazione anticipata del contratto da parte di Enel X per qualsiasi motivo;
- in caso di intervenute modifiche legislative-regolamentari che non consentono l'emissione di tale copertura assicurativa.

**NON-COMPLIANCE**

PERDITA DEI REQUISITI DI ASSICURABILITA'

La perdita di tali requisiti determina la cessazione automatica della copertura assicurativa acquistata; la Compagnia non interverrà perciò in nessun caso di sinistro.

MANCATA COMUNICAZIONE DELLA PERDITA DEI REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Ai fini della liquidazione, verranno effettuati preventivamente controlli in merito alla sussistenza dei requisiti di assicurabilità; qualora si dovesse riscontrarne la mancanza, il sinistro verrà rifiutato anche qualora non ne fosse stata tempestivamente comunicata la loro perdita.

**VALIDITÀ TERRITORIALE**

VALIDITA' TERRITORIALE

Fermo quanto previsto alla Sezione 3, la copertura assicurativa vale in tutto il mondo, a condizione che la relativa documentazione sanitaria sia certificata da un medico che eserciti la propria professione in Italia.

**DENUNCIA DEL SINISTRO**

DENUNCIA DEL SINISTRO

I sinistri devono essere tempestivamente denunciati per iscritto dall'assicurato e dai suoi aventi causa. Per i dettagli si rimanda alla Sezione 5

**DIRITTO DI SURROGAZIONE**

RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del c.c

**DIRITTO E PRESCRIZIONI**

PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti si prescrivono nel termine ordinario di prescrizione di 2 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**LEGGE E GIURISDIZIONE**

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

**CLAUSOLA LIBERATORIA**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto del Contratto di Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato, su incarico della Compagnia, nell'ambito dell'istruttoria del sinistro, ai quali, anche dopo il verificarsi dell'evento, il Beneficiario o la Compagnia intendessero rivolgersi, espressamente autorizzandoli ed invitandoli a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione.

**DISPUTE**

MEDIAZIONE E FORO COMPETENTE

Ai sensi del D.lgs. n. 28/2010 e successive disposizioni, tutte le controversie relative o comunque collegate al Contratto di Assicurazione saranno devolute ad un tentativo di mediazione da espletarsi secondo la procedura di mediazione prevista dal Regolamento dell'Organismo di Conciliazione più Vicino alla residenza o, se diverso, al domicilio elettivo dell'assicurato.

Per qualsiasi controversia giudiziale relativa o connessa al Contratto di Assicurazione hanno giurisdizione esclusivamente i Tribunali italiani ed è esclusivamente competente il Foro della residenza o del diverso domicilio elettivo dell'assicurato.

**RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei reclami stessi devono essere inviati per iscritto, a mezzo posta, fax o posta elettronica, alla funzione Reclami della Società incaricata di esaminarli ai seguenti indirizzi:

| | | |
|---|---|---|
| *Aon SpA*<br>*Via Ernesto Calindri 6*<br>*20143 Milan*<br>*T: 02 45434.810*<br>*M: reclami.aonspa@aon.it* | *Quantum Leben*<br>*Städtle 18*<br>*9490 Vaduz, Lichtenstein*<br>*T: +423 236 19 30*<br>*M: info@quantumleben.com* | *One Underwriting UAB*<br>*Gostauto str. 40B*<br>*03163 Vilnius, Lithuania*<br>*T: +370 5 233 0000*<br>*M: info@oneunderwriting.lt* |

La Società si impegna a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. In caso di esito insoddisfacente o di una risposta tardiva, è possibile contattare:

IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06 42 13 32 06 - PEC: ivass@pec.ivass.it – Info www.ivass.it

Essendo la Società soggetta alla Vigilanza del Lichtenstein, l'esponente ha altresì facoltà di rivolgersi per iscritto, accompagnando il reclamo con la documentazione relativa al reclamo a:

Financial Market Supervisory Authority, Finanzmarktaufsicht Liechtenstein FL-9490 Vaduz

www.fma-li.li.

# Sezione 5: Sinistri

## GESTIONE DEI SINISTRI

**AVVERTENZA: PRESUPPOSTO PER IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI È LA REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA NEL PAGAMENTO DELLE BOLLETTE PER CUI I TERMINI DI PAGAMENTO SONO SCADUTI PRECEDENTEMENTE LA DATA IN CUI SI È VERIFICATO SINISTRO.**

DENUNCIA DEI SINISTRI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente.

Le denunce di sinistro e la relativa documentazione per la sua definizione devono essere inviate mediante posta oppure via e-mail al seguente recapito:

Email: <…> / Tel.: 800.900.129

Gli aventi causa dell'Assicurato devono altresì collaborare per consentire le indagini necessarie che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Polizza. In caso di sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

AVVERTENZA:

La mancata osservanza delle procedure liquidative può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

---

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE PER L'ISTRUTTORIA DEL SINISTRO

Ai fini della corretta valutazione del sinistro, è richiesta la consegna dei documenti sotto riportati.

**MORTE DA INFORTUNIO:**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Certificato di morte;
- Copia del Modulo ISTAT (rilasciato dall'ufficio anagrafe del comune di residenza); Atto notorio e/o copia del Testamento, qualora esistente.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

Qualora il decesso sia determinato da infortunio:

- Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
- Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
- Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

Qualora il decesso sia avvenuto all'ospedale:

- Certificato del medico che ha constatato il decesso e ne ha indicato le cause o copia della cartella clinica.

**INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE da infortunio**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Attestazione di invalidità civile rilasciata dagli Enti preposti o copia della relazione del medico legale che ha accertato il grado di invalidità permanente secondo le Tabelle Inail.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

Qualora l'invalidità totale permanente sia determinata da incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo:

- Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
- Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
- Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute.

**INABILITA' TOTALE E TEMPORANEA:**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero;
- Copia del documento attestante la categoria di appartenenza diversa dal Dipendente di azienda privata; Copia dei certificati medici attestanti il periodo di inabilità totale continuativa al lavoro fino a quello di guarigione.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

Qualora inabilità totale temporanea sia infortunio:

- Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
- Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo;
- Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
- Copia del certificato di pronto soccorso.

Qualora l'inabilità totale temporanea sia determinata da malattia:

- Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa all'inabilità totale temporanea.

**RICOVERO OSPEDALIERO:**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Copia della cartella clinica relativa al ricovero;
- Lettera di dimissioni in cui compare il motivo del ricovero.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

Qualora il ricovero sia determinato da infortunio:

- Copia della patente di guida (solo in caso di incidente stradale);
- Copia del referto autoptico e delle relative indagini tossicologiche (solo in caso di incidente stradale in cui l'Assicurato era conducente del veicolo);
- Copia del verbale emesso dalle autorità intervenute;
- Copia del certificato di pronto soccorso.

Qualora il ricovero sia determinato da malattia:

- Copia delle cartelle cliniche o documentazione medica relativa al ricovero.

**PERDITA D'IMPIEGO**

DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE SEMPRE:

- Copia della lettera di licenziamento con indicato il motivo dello stesso;
- Copia del modello UNILAV di cessazione;
- Copia delle ultime due buste paghe e del contratto di assunzione;
- Copia del certificato di iscrizione al Centro per l'impiego;
- Scheda professionale e Certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla Sezione Circoscrizionale per l'impiego) o Modello C2 – storico.

DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA:

Nel caso di dimissioni per giusta causa:

- Copia del pagamento dell'indennità di disoccupazione; Copia della lettera di dimissioni.

AVVERTENZA: Qualora siano riscontrate irregolarità o carenze nella documentazione già prodotta, la Compagnia si riserva di richiedere che la stessa sia nuovamente presentata od opportunamente integrata.

**AVVERTENZA: Nel caso di PREMORIENZA dell'Assicurato rispetto al termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'invalidità derivante dall'Infortunio o all'accertamento medico-legale della Compagnia, per cause diverse da quella che ha generato l'invalidità, gli Eredi dell'assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.**

AVVERTENZA: L'Assicurato e/o i suoi aventi causa devono consentire alla Compagnia di effettuare le valutazioni del caso.

L'Assicurato e/o i suoi aventi causa possono chiedere informazioni relative allo stato del sinistro telefonando a: .....

---

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

In base al Contratto di Assicurazione, eventuali indennizzi verranno corrisposti direttamente al Beneficiario delle prestazioni.

---

PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Dopo la denuncia di un sinistro per uno degli eventi coperti dal Contratto di Assicurazione, qualora questo sia indennizzabile, la Compagnia provvederà a corrispondere le somme dovute entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, ovvero dall'accertamento compiuto dalla Compagnia, nei casi in cui ciò sia previsto.

AVVERTENZA:

Le richieste di pagamento incomplete possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

---

Insurance brokerage legislation

The current national regulatory framework on insurance intermediation is characterized by the rules of the Private Insurance Code - Legislative Decree no. 209/2005 as amended by Legislative Decree no. 74/2015 as well as by Legislative Decree no. 68 of 21.5.2018 (hereinafter "CAP") which drafted the European Directive no. 97/2016 - Insurance Distribution Directive.

Pursuant to the new CAP, IVASS has issued a series of implementing regulations including Regulation no. 40 of 2 August 2018, containing provisions on insurance and reinsurance distribution, as well as Regulation no. 41 of 2 August 2018, containing provisions on information, advertising and creation of insurance products.

