Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A. **Prodotto: "Allianz Sports"**

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una copertura infortuni, responsabilità civile verso terzi, rimborsi spese, corresponsione di diarie e servizi di Assistenza a seguito di infortunio verificatosi durante la pratica dell'Attività sportiva di tennis e/o padel a livello amatoriale e/o agonistico.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Sezione Infortuni: prestazioni in caso di infortunio subito dall'Assicurato durante la pratica dell'Attività sportiva di tennis e/o padel:
  - Invalidità permanente da infortunio con franchigia 5%;
  - Spese mediche per ricovero da infortunio;
  - Spese prima e dopo il ricovero da infortunio;
  - Accertamenti di alta diagnostica, resi necessari da Infortunio;
  - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici;
  - Diaria da ricovero, convalescenza e ingessatura;
  - Indennizzo forfettario per rottura di tendini.
- ✓ Sezione Responsabilità Civile verso terzi: danni involontariamente causati a terzi esclusivamente durante lo svolgimento dell'Attività sportiva di tennis e/o padel;
- ✓ Sezione Sport Protetto:
  - rimborso spese per la sostituzione o la riparazione dell'Attrezzatura sportiva di proprietà dell'Assicurato in caso di furto dell'Attrezzatura sportiva contenuta in un veicolo, smarrimento o danneggiamento dell'Attrezzatura sportiva da parte della compagnia aerea;
  - rimborso dei costi sportivi sostenuti dall'Assicurato e non goduti a seguito di Infortunio subito durante lo svolgimento dell'Attività sportiva ad esempio per abbonamenti sportivi, lezioni, prenotazione del campo da gioco, iscrizioni a tornei o competizioni sportive;
- ✓ Sezione Assistenza in caso di infortunio subito dall'Assicurato durante la pratica dell'Attività sportiva di tennis e/o padel: Consulto medico telefonico; Second Opinion; Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione; Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo; Invio di un familiare in caso di evento occorso al di fuori della propria regione di residenza; Trasporto in ambulanza o taxi per effettuare terapie o cure; Invio di un infermiere al domicilio; Invio fisioterapista al domicilio; Disponibilità di attrezzature medico-ortopediche; Accesso al network socio-sanitario di Allianz Partners per la richiesta di altre prestazioni socio-assistenziali a pagamento; solo in caso di inabilità temporanea certificata da referto medico, Servizio di assistenza presso l'abitazione e Servizio di baby-sitter.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- ✗ alcolismo;
- ✗ tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- ✗ epilessia;
- ✗ psicosi e disturbi gravi della personalità

Sezione Infortuni

- ✗ infortuni NON verificatisi durante la pratica dell'Attività sportiva assicurata

Sezione Responsabilità Civile verso terzi:

- ✗ responsabilità per fatti NON avvenuti durante la pratica dell'Attività sportiva assicurata.

Sezione Sport Protetto:

Garanzia Attrezzatura sportiva:

- ✗ Attrezzatura NON di proprietà dell'Assicurato.

Garanzia Rimborso costi sportivi non goduti per Infortunio:

- ✗ Costi sportivi NON sostenuti dall'Assicurato.

Sezione Assistenza:

- ✗ infortuni NON verificatosi durante la pratica dell'Attività sportiva assicurata
- ✗ Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo al Servizio pubblico di pronto intervento.

Ci sono limiti di copertura?

! Si, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti e limiti di indennizzo, per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura" del DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

Sezione Infortuni, Responsabilità Civile verso terzi e Sport Protetto: l'assicurazione vale in tutto il mondo.
Sezione Assistenza: l'assicurazione vale nella Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, fatta eccezione per le garanzie che seguono:

- ✓ Consulto medico telefonico, Second Opinion e Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, che valgono in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro **la denuncia deve essere presentata:**
  - Sezione Infortuni, **entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando se ne ha avuto conoscenza;**
  - Sezione Responsabilità Civile verso terzi e Sezione Sport Protetto, **entro 5 giorni dall'evento o da quando se ne ha avuto conoscenza.**

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della polizza che ha periodicità esclusivamente annuale.
Puoi pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A. di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Il premio è comprensivo delle imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dal giorno del pagamento del premio, sia esso contestuale o successivo alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.
In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per un anno e così per gli anni che seguono.
E' possibile escludere contrattualmente il tacito rinnovo ed in tal caso la copertura cessa alla scadenza prevista senza il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.
Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

La copertura assicurativa non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale: nel caso di copertura assicurativa di durata **annuale** è possibile comunicare disdetta alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza, con l'invio di una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza. Se è stata selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Diritto di recesso in caso di sinistro: se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, hai diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.
Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale o di recesso in caso di sinistro è riconosciuta anche all'Impresa.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Sports"

09/11/2026 – Il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Allianz S.p.A, con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo **bilancio d'esercizio 2025** redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riportano:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.957** milioni di euro e il risultato economico di periodo pari a **945** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet www.allianz.it e si riporta il valore dell'indice di Solvibilità (Solvency Ratio) pari a **261%.**

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sezione Infortuni

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono: a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; b) infarto da qualsiasi causa determinato; c) rottura di tendini; d) infezioni, che sono sempre considerate malattie, anche se pandemiche; e) ernie; f) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche. Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **si intendono escluse** le infezioni malariche.

Sezione Responsabilità civile verso terzi e Sezione Sport Protetto

La copertura **non opera** per i danni: a) a cose e/o animali che l'Assicurato ha in consegna o in custodia o detiene a qualsiasi titolo; b) derivanti da atti di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non; c) derivanti da atti di vandalismo; d) punitivi di qualsiasi natura; e) causati direttamente o indirettamente da Evento Cyber.

Sezione Assistenza

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di: infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; espianto/trapianto di organi.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia assistenza tutti gli infortuni occorsi in occasione dell'esercizio di: alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; Skydiving, base jumping, deltaplano o paracadutismo; bungee jumping; Speleologia, discesa in corda doppia o in grotta; Sci o snowboard al di fuori di piste segnalate o in un'area accessibile in elicottero; Sport di arrampicata o free climbing; Qualsiasi attività ad alta quota; Combattimento personale o sport di combattimento; Corse o allenamenti con un veicolo a motore o moto d'acqua; Immersione in apnea; Immersioni subacquee a una profondità superiore a 20 metri o senza un istruttore subacqueo.

Sono sempre escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Ci sono limiti di copertura?

Limiti di copertura della Sezione Infortuni

La copertura assicurativa **non opera** per gli infortuni causati da: a) pratica dell'Attività sportiva esercitata a livello professionistico e che comporti Remunerazione diretta o indiretta; b) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; c) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; d) insurrezione o

guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non; e) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Limiti di copertura della Sezione Responsabilità civile verso terzi
La **garanzia non opera per i danni:** causati a terzi dall'utilizzo e dalla circolazione, all'interno dell'intera area della struttura sportiva, di veicoli a motore anche non soggetti all'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile auto di cui alla vigente legislazione; derivanti dalla detenzione e dall'uso di armi e munizioni; alle cose/animali dei seguenti familiari dell'Assicurato: a. il suo coniuge non separato o partner dell'unione civile, anche se con lui non residenti nella stessa abitazione; b. il suo convivente more uxorio, a condizione che sia con lui residente nella stessa abitazione; c. le altre persone con lui residenti nella stessa abitazione, a condizione che siano legate a lui e/o ai soggetti di cui ai punti a) e b) da vincoli di parentela, affinità, adozione, tutela.

Limiti di copertura della garanzia Attrezzatura sportiva
La garanzia non opera in relazione a: Attrezzatura sportiva lasciata alla vista in un veicolo; danneggiamenti causati da usura o cattiva manutenzione dell'Attrezzatura sportiva.

Limiti di copertura della Sezione Assistenza
E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: pratica dell'Attività sportiva esercitata a livello professionistico e che comporti Remunerazione diretta o indiretta; danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; scioperi, sommosse, tumulti popolari; coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; viaggio intrapreso verso un territorio dove è operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; suicidio o tentativo di suicidio; epidemie che hanno caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; quarantene.
Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

Scoperti, Franchigie e Limiti di indennizzo	
Sezione Infortuni	
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia 5% assoluta Limite di indennizzo per Ernia addominale da sforzo non operabile 10.000 euro
Spese mediche per ricovero da infortunio	Scoperto 10% con il minimo di 150 euro
Spese prima e dopo il ricovero	Scoperto 10% con il minimo di 150 euro
Accertamenti di alta diagnostica	Scoperto 10% con il minimo di 150 euro
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici	Scoperto 10% con il minimo di 150 euro
Diaria da ricovero per infortunio	Limite di indennizzo 360 giorni
Diaria da convalescenza	Limite di indennizzo 120 giorni
Diaria per ingessatura	Limite di indennizzo 120 giorni
Sezione Responsabilità civile verso terzi	
Responsabilità civile verso terzi	Franchigia per danni a cose/animali 250 euro Limite di indennizzo per lesioni ai familiari 50.000 euro

A chi è rivolto questo prodotto?

I prodotto è rivolto a Contraenti persone fisiche e giuridiche e ad Assicurati persone fisiche con età alla sottoscrizione della polizza fino a 80 anni compiuti, residenti nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano che praticano l'attività sportiva di tennis e/o padel a livello amatoriale e/o agonistico e che non percepiscono una remunerazione diretta o indiretta.

Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità – lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – tramite il sito internet dell'Impresa www.allianz.it accedendo alla sezione Reclami.

	L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine di 45 giorni può essere sospeso per un massimo di 15 giorni. Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli Intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili sul sito internet www.allianz.it nella sezione Reclami.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad 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).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente accedendo al sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it, o all'IVASS che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Trattamento fiscale dei premi** Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni. **Detraibilità/Deducibilità fiscale dei premi** Con riguardo alla garanzia Invalidità permanente da infortunio, in capo al Contraente Persona Fisica compete una detrazione d'imposta nei limiti e con le modalità in vigore al momento del pagamento del premio; se Persona giuridica, il premio è assoggettato al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura. **Tassazione delle somme percepite** Le somme dovute dalla Società in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito delle persone fisiche mentre, in caso di beneficiario persona giuridica, sono assoggettate al trattamento fiscale derivante dalle disposizioni regolanti il reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura. Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link www.allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti. Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. NELL'AREA INTERNET RISERVATA POTRANNO ESSERE ESEGUITE LE SEGUENTI ATTIVITA': CONSULTAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI; PAGAMENTO DEI PREMI; SEGNALAZIONE DI SINISTRO; VARIAZIONE DELL'INDIRIZZO DEL CONTRAENTE

Assicurazione contro i danni

Allianz Sports

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 641- Globale Multirischi – 09/11/2026

Il prodotto è conforme alle linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

GLOSSARIO

Il Glossario raccoglie i termini più importanti, ricorrenti o di particolare difficoltà, spiegati nel loro significato.
I termini riportati nel Glossario sono riconoscibili nelle condizioni di assicurazione in quanto indicati con la lettera iniziale maiuscola.

Accertamenti diagnostici: le prestazioni mediche strumentali che hanno lo scopo di ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di un Infortunio, a carattere anche cruento e/o invasivo.
Assicurato: la persona fisica, nominativamente identificata nella Scheda di polizza, il cui interesse è protetto dalla copertura assicurativa.
Attività sportiva: tennis, tennis in carrozzina, padel, padel in carrozzina.
Attrezzatura sportiva: racchetta, palline, borsa porta racchette, abbigliamento, calzature e accessori specificamente progettati per giocare a tennis/padel.
Centrale Operativa Assistenza: la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste dalle Condizioni di assicurazione.
Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula la Polizza.
Day Hospital: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito solo di terapie mediche
Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito di prestazioni chirurgiche
Evento Cyber: per Evento Cyber si intende:

- violazione della privacy e dei dati: l'accesso o la trasmissione non autorizzata di dati personali detenuti e controllati dall'Assicurato o per i quali l'Assicurato sia responsabile ai sensi di legge in materia di privacy e protezione dei dati, a seguito della violazione del sistema informatico;
- violazione del sistema informatico: l'accesso non autorizzato ad un sistema informatico, oppure l'uso fraudolento o non autorizzato dello stesso o di infrastrutture di sistema da parte di terzi o da parte di personale autorizzato con l'intento di sabotare i dati stessi.

Franchigia: importo espresso in valore assoluto o in percentuale che resta a carico dell'Assicurato e che viene sottratto dall'ammontare del danno stesso, ove espressamente previsto.
Indennizzo/Indennità: la somma dovuta da Allianz S.p.A in caso di Sinistro.
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intervento chirurgico: l'atto terapeutico realizzato con uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi.
Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico, come sopra definito, che non necessita di Ricovero con pernottamento o di Ricovero in Day Hospital/Day Surgery. Non sono considerate Intervento chirurgico ambulatoriale le infiltrazioni intratessutali o endocavitarie.
Invalidità permanente: la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Limite di indennizzo: l'importo dovuto da Allianz S.p.A. entro il Massimale e le Somme assicurate che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A stessa nei casi espressamente indicati nelle condizioni di assicurazione.
Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malformazioni/Difetti fisici: la deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.
Massimale assicurato: l'importo che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A. in relazione alle garanzie prestate di Responsabilità Civile. Il massimale unico rappresenta altresì il limite per Sinistro, per persona e per danni a cose e animali.
Medicinali: le sostanze o associazioni di sostanze, autorizzate dall'AIFA (Agenzia Italiana del farmaco) per la cura della patologia per la quale sono state prescritte, che possano essere somministrate sull'uomo per ripristinare, correggere o modificare funzioni fisiologiche, con lo scopo di definire una terapia medica. Sono esclusi i farmaci e le terapie geniche.
Periodo di assicurazione: nel caso in cui la copertura assicurativa preveda una durata annuale o pluriennale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la prima data di decorrenza della copertura assicurativa

e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annue della copertura assicurativa.
Polizza: il documento che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione e racchiude gli elementi di natura dichiarativa e sottoscrittiva della stessa.
Premio: l'importo dovuto dal Contraente ad Allianz S.p.A a titolo di corrispettivo per la prestazione.
Remunerazione diretta: il compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.
Remunerazione indiretta: il compenso monetario, forfettario, a carattere non continuativo, percepito – sotto forma di rimborsi delle spese sostenute e/o diarie - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione sportiva.
Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery, l'Intervento chirurgico ambulatoriale.
Scheda di polizza: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa, che è parte integrante della Polizza.
Scoperto: la parte di danno, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato e che viene sottratta dall'ammontare del danno stesso.
Sforzo: l'impiego improvviso e anomalo di energia muscolare che eccede per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro a fronte di un evento eccezionale e inaspettato.
Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.
Somma assicurata: l'importo che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A in relazione alle garanzie prestate.
Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).
Ubriachezza: la condizione di alterazione che è determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.
Valore a nuovo: l'importo necessario per rimpiazzare le cose assicurate con altre nuove uguali oppure equivalenti per uso e rendimento economico, comprese le spese di trasporto, montaggio e fiscali.

INDICE

1. CHI E CHE COSA È ASSICURATO **PAG. 5**

- Art. 1.1 – Chi e cosa assicuriamo

SEZIONE INFORTUNI
- Art. 1.2 – Infortuni compresi
- Art. 1.3 – Garanzia Invalidità permanente da infortunio
- Art. 1.3.1 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio
- Art, 1.3.2 – Modalità di corresponsione dell'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio
- Art. 1.4 – Spese mediche per ricovero da infortunio
- Art. 1.5 – Spese prima e dopo il ricovero
- Art. 1.6 – Accertamenti di alta diagnostica
- Art. 1.7 – Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici
- Art. 1.8 – Diaria da ricovero per infortunio
- Art. 1.9 – Diaria da convalescenza
- Art. 1.10 – Diaria per ingessatura
- Art. 1.11 – Indennizzo forfettario per rottura di tendini

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI
- Art. 1.12 – Garanzia Responsabilità civile verso terzi

SEZIONE SPORT PROTETTO
- Art. 1.13 – Garanzia Attrezzatura sportiva
- Art. 1.14 – Rimborso costi sportivi non goduti per Infortunio

SEZIONE ASSISTENZA
- Art. 1.15 – Consulto medico telefonico
- Art. 1.16 – Second Opinion
- Art. 1.17 – Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione
- Art. 1.18 – Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo
- Art. 1.19 – Invio di un familiare in caso di evento occorso al di fuori della propria regione di residenza
- Art. 1.20 - Trasporto in ambulanza o taxi per effettuare terapie o cure
- Art. 1.21 – Invio di un infermiere al domicilio
- Art. 1.22 – Invio fisioterapista al domicilio
- Art. 1.23 - Disponibilità di attrezzature medico-ortopediche
- Art. 1.24 - Accesso al network socio-sanitario di Allianz Partners per la richiesta di altre prestazioni socio-assistenziali a pagamento
- Art. 1.25 - Solo in caso di inabilità temporanea certificata da referto medico:
- Art. 1.25 a) Servizio di assistenza presso l'abitazione
- Art. 1.25 b) Servizio di baby-sitter

2. CHI E CHE COSA NON È ASSICURATO **PAG. 14**

- Art. 2.1 – Persone non assicurabili *(valido per tutte le garanzie della Sezione Infortuni)*
- Art. 2.2 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Infortuni
- Art. 2.3 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Responsabilità civile verso terzi e della Sezione Sport Protetto
- Art. 2.4 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Assistenza

3. LIMITI DI COPERTURA **PAG. 15**

- Art. 3.1 – Limiti di copertura per tutte le garanzie della Sezione Infortuni
- Art. 3.2 – Limiti di copertura per la garanzia Responsabilità civile verso terzi
- Art. 3.3 – Limiti di copertura per la garanzia Attrezzatura sportiva
- Art. 3.4 – Limiti di copertura per tutte le garanzie della Sezione Assistenza

4. VALIDITÀ TERRITORIALE **PAG. 18**

SEZIONI INFORTUNI, RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI, SPORT PROTETTO

- Art. 4.1 – Validità territoriale per tutte le garanzie

SEZIONE ASSISTENZA

- Art. 4.2 – Validità territoriale

5. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO **PAG. 18**

SEZIONE INFORTUNI

- Art. 5.1 – Obblighi
- Art. 5.2 – Termini per l'indennizzo
- Art. 5.3 – Anticipo sull'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio
- Art. 5.4 – Procedura per la valutazione del danno

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

- Art. 5.5 – Obblighi
- Art. 5.6 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 5.7 – Gestione delle vertenze e spese di resistenza

SEZIONE SPORT PROTETTO

- Art. 5.8 – Obblighi per la garanzia Attrezzatura sportiva
- Art. 5.9 – Obblighi per la garanzia Rimborso costi sportivi non goduti per Infortunio
- Art. 5.10 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 5.11 – Termini di indennizzo

SEZIONE ASSISTENZA

- Art. 5.12 – Obblighi

6. PREMIO **PAG. 23**

- Art. 6.1 – Pagamento del Premio
- Art. 6.2 – Rimborso del Premio in caso di recesso per Sinistro

7. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO **PAG. 24**

- Art. 7.1 – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del Premio
- Art. 7.2 – Tacito rinnovo
- Art. 7.3 – Deroga al tacito rinnovo
- Art. 7.4 – Recesso in caso di sinistro

8. ULTERIORI DISPOSIZIONI **PAG. 24**

- Art. 8.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 8.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione *(valido per tutte le garanzie della Sezione Infortuni)*
- Art. 8.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 8.4 – Aggravamento del rischio
- Art. 8.5 – Diminuzione del rischio
- Art. 8.6 - Oneri fiscali
- Art. 8.7 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
- Art. 8.8 – Rinvio alle norme di legge

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. CHI E CHE COSA È ASSICURATO

In questa sezione è descritto l'ambito di operatività della copertura e le prestazioni assicurative, mentre nelle sezioni successive **sono descritti i rischi esclusi, le limitazioni di copertura e le altre norme che regolano il rapporto assicurativo.**

La copertura assicurativa opera **entro le Somme, i Massimali e le diarie giornaliere** indicate **nelle presenti condizioni di assicurazione,** con **l'applicazione della Franchigia, dello Scoperto e dei Limiti di indennizzo** concordati in sede di stipulazione, **sempre precisati negli articoli che seguono**.

Art. 1.1 – Chi e cosa assicuriamo

La copertura assicurativa:

- è prestata a favore dell'Assicurato, nominativamente indicato nella Scheda di polizza, in relazione alla pratica dell'Attività sportiva da lui svolta a livello agonistico, non agonistico, amatoriale o ludico, comprese le gare, effettuata su campi da tennis e/o padel, **ma comunque non esercitata a livello professionistico e che non comporti Remunerazione diretta o indiretta;**
- è estesa alle altre attività fisiche quali, a titolo esemplificativo, pesistica e atletica, purché rientranti nel programma di allenamento relativo all'Attività sportiva e purché effettuate su campi da tennis e/o padel o in strutture sportive nelle quali viene praticata l'Attività sportiva;
- opera se le attività di cui ai punti 1. e 2. vengono svolte su campi da tennis e/o padel e in strutture sportive dotati di regole minime di sicurezza e nel rispetto delle disposizioni del gestore/organizzatore.

Sezione Infortuni

Art. 1.2 – Infortuni compresi

La copertura assicurativa, fatto salvo quanto espressamente previsto dall'Art. 2.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Infortuni" e 3.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie della Sezione Infortuni", opera in caso di Infortunio che l'Assicurato subisce durante la pratica dell'Attività sportiva assicurata, come disciplinato dall'articolo 1.1 "Chi e cosa assicuriamo".
Fermo quanto disciplinato dall'articolo 1.1 "Chi e cosa assicuriamo", la garanzia è estesa anche ai seguenti casi, equiparati ad Infortunio:

a) asfissia non di origine morbosa;
b) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
c) avvelenamento del sangue o infezione se il germe infettivo si è introdotto nell'organismo nel momento in cui si verifica una lesione esterna traumatica;
d) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche**;
e) annegamento;
f) lesione muscolare da Sforzo;
g) ernia addominale da Sforzo **solo con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio, fermo quanto previsto all'articolo 2.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Infortuni", lettera e). In caso di ernia addominale da Sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo, a titolo di Invalidità permanente, pari a euro 10.000.**
   Questa garanzia opera dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza indicata nella Scheda di Polizza.
   Se è stata emessa senza interruzione di continuità in sostituzione di altra riguardante per lo stesso Assicurato e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni si calcola:

- dal giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa, per le somme assicurate dalla stessa;
- dal giorno di decorrenza indicato nella presente Scheda di Polizza solo per le maggiori somme eventualmente assicurate.

h) folgorazione, colpo di sole o di calore;
i) assideramento o congelamento;
j) Infortunio subito in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
k) Infortunio subito a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi.

Art. 1.3 – Garanzia Invalidità permanente da infortunio

La garanzia opera per l'Infortunio che l'Assicurato subisce **e che ha come conseguenza una Invalidità permanente**.
Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente, in base:

- al grado percentuale di invalidità che la stessa Allianz S.p.A. ha accertato con i criteri contenuti nell'articolo 1.3.1 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio",
- a quanto stabilito nell'articolo 1.3.2 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio".

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata di **euro 100.000,** se l'Invalidità Permanente si manifesta– anche successivamente alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Polizza - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio**.

Art. 1.3.1 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente si accerta secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente – Tabella INAIL" allegata e secondo i criteri che seguono:

- **si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- **in caso di perdita o di riduzione, anatomica e funzionale, di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto di quelle preesistenti;**
- **in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicare presidi correttivi;**
- in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso **di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
- **in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non può superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso**;
- **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere del medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia del Sinistro;
- **in caso di Invalidità permanente non specificata** nella Tabella, **l'Indennizzo è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'Assicurato.

Art. 1.3.2 – Modalità di corresponsione dell'Indennizzo per invalidità permanente da infortunio

Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo per Invalidità permanente da Infortunio accertata in base ai criteri stabiliti nelle Condizioni di assicurazione e con la modalità che segue:

Franchigia 5% assoluta

Se **l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%**, Allianz S.p.A. non liquida alcun Indennizzo.

Se **l'Invalidità permanente accertata è di grado superiore al 5%**, Allianz S.p.A. liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	*% Invalidità permanente accertata*	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	*51*	46
2	0	*52*	47
3	0	*53*	48
4	0	*54*	49
5	0	*55*	50
6	1	*56*	51
7	2	*57*	52
8	3	*58*	53
9	4	*59*	54
10	5	*60*	55
11	6	*61*	56
12	7	*62*	57
13	8	*63*	58
14	9	*64*	59
15	10	*65*	60
16	11	*66*	61
17	12	*67*	62
18	13	*68*	63
19	14	*69*	64
20	15	*70*	65
21	16	*71*	66
22	17	*72*	67
23	18	*73*	68
24	19	*74*	69
25	20	*75*	70
26	21	*76*	71
27	22	*77*	72
28	23	*78*	73
29	24	*79*	74
30	25	*80*	75
31	26	*81*	76
32	27	*82*	77
33	28	*83*	78
34	29	*84*	79
35	30	*85*	80
36	31	*86*	81
37	32	*87*	82
38	33	*88*	83
39	34	*89*	84
40	35	*90*	85
41	36	*91*	86
42	37	*92*	87
43	38	*93*	88
44	39	*94*	89
45	40	*95*	90
46	41	*96*	91
47	42	*97*	92
48	43	*98*	93
49	44	*99*	94
50	45	*100*	100

Art. 1.4 – Spese mediche per ricovero da infortunio

Se l'Infortunio determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

- esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali
- trattamenti fisioterapici e rieducativi
- rette di degenza
- onorari dei medici e delle équipe chirurgiche
- diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**).

Allianz S.p.A. liquida anche le spese mediche sopra indicate sostenute durante il Ricovero per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di eliminare o ridurre le conseguenze dei danni estetici provocati direttamente ed esclusivamente dall'Infortunio.

Le spese sopra elencate e quelle elencate dagli articoli 1.5 "Spese prima e dopo il ricovero" e 1.6 "Accertamenti di alta diagnostica" vengono liquidate all'Assicurato **per anno assicurativo entro il limite complessivo della Somma assicurata di euro 10.000 e con applicazione per ciascun Infortunio dello Scoperto del 10% con il minimo di euro 150.**

Art. 1.5 – Spese prima e dopo il ricovero

Se l'Infortunio determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

- nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, **pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero stesso**;
- nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per visite mediche specialistiche, prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, e cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero**.

Tutte le spese di cui al presente articolo sono liquidate all'Assicurato **con le modalità definite all'articolo 1.4 "Spese mediche per ricovero da infortunio".**

Art. 1.6 – Accertamenti di alta diagnostica

Allianz S.p.A. liquida le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sottoelencati, **a seguito di Infortunio**, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroneurografia (ENG)
- Elettronistagmografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistolografia

- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

Le spese di cui al presente articolo sono liquidate all'Assicurato **nei limiti e con le modalità definite all'articolo 1.4 "Spese mediche per ricovero da infortunio".**

Art. 1.7 – Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici

In caso di Infortunio Allianz S.p.A. liquida, per le conseguenze dirette ed esclusive dello stesso, le spese mediche non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo 1.6 "Accertamenti di alta diagnostica",** sostenute dall'Assicurato per:

- onorari medici per visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici, prescritti dal medico curante**;**
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione.

Tutte le spese di cui al presente articolo vengono liquidate all'Assicurato **per anno assicurativo entro la Somma assicurata di euro 1.500 e con applicazione per ciascun Infortunio dello Scoperto del 10% con il minimo di euro 150.**

Art. 1.8 – Diaria da ricovero per infortunio

Se l'Infortunio determina un Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida un'Indennità giornaliera **pari a euro 50** per ciascun giorno di degenza **con il limite di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**
La copertura assicurativa opera anche per i ricoveri che avvengono in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital e Day Surgery) e in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

Art. 1.9 – Diaria da convalescenza

Se l'Infortunio determina un Ricovero dell'Assicurato, Allianz S.p.A. liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera **pari a euro 50**:

- di 3 giorni se i giorni indennizzati per il Ricovero sono 1 o 2;
- per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero, se questi ultimi sono pari o superiori a 3, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

Art. 1.10 – Diaria per ingessatura

Se l'Infortunio rende necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato un'Indennità giornaliera **pari a euro 25, con il limite di 120 giorni per Sinistro e per anno**

assicurativo, a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, **rimozione che deve essere certificata da un medico**.
Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo, per la quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, all'Assicurato viene liquidata la Diaria per ingessatura per il periodo di immobilizzazione, di prognosi o di riposo prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.
Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Diaria da ricovero non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene liquidata a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. **L'eventuale Diaria da convalescenza non è cumulabile con la Diaria per ingessatura, che viene liquidata, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione della Diaria da convalescenza liquidata.**

Art. 1.11 – Indennizzo forfettario per rottura di tendini
A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 2.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Infortuni" lettera c), in caso di rottura di uno o più tendini diagnosticata all'Assicurato come conseguenza diretta dell'Infortunio indennizzabile a termini contrattuali, Allianz S.p.A. liquida **un Indennizzo forfettario pari a euro 3.000 esclusivamente** per **Invalidità permanente da Infortunio, a condizione che**:

- l'Infortunio si sia verificato nel **periodo di validità della** presente copertura assicurativa;
- la rottura del tendine/dei tendini sia confermata da **esami strumentali;**
- la rottura del tendine/dei tendini abbia comportato un **trattamento chirurgico**

Tale indennizzo forfettario è riconosciuto **una sola volta per ciascun Infortunio, indipendentemente dal numero di tendini interessati**, e in aggiunta a ogni altro indennizzo eventualmente spettante per la garanzia Invalidità permanente da Infortunio relativamente a lesioni di diversa natura, direttamente derivanti dal medesimo Infortunio.

Sezione Responsabilità civile verso terzi

Art. 1.12 – Garanzia Responsabilità civile verso terzi
Allianz S.p.A., **entro il limite del Massimale di euro 1.000.000 per Sinistro**, tiene indenne l'Assicurato di quanto lo stesso sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento, per i danni involontariamente causati a terzi **esclusivamente durante lo svolgimento dell'Attività sportiva** per:

- morte,
- lesioni personali,
- danneggiamenti materiali a cose e/o animali.

È prevista l'applicazione di una Franchigia di 250 euro per danneggiamenti a cose/animali.

Se esiste un'altra polizza di responsabilità civile verso terzi per lo stesso Assicurato, la presente garanzia opera a secondo rischio, vale a dire **a integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto dall'altro assicuratore di responsabilità civile, ai sensi dell'articolo 1917, 3° comma codice civile.**
La presente garanzia opera a primo rischio, cioè immediatamente e integralmente entro il suddetto Massimale:

- se la polizza di responsabilità civile per lo stesso Assicurato di cui sopra, pur esistente e regolarmente attivata, non opera per l'evento;
- se non esiste altra polizza di responsabilità civile per lo stesso Assicurato.

Sezione Sport Protetto

Art. 1.13 – Garanzia Attrezzatura sportiva
La garanzia opera, **entro il limite della Somma assicurata di euro 500 per Sinistro e per anno assicurativo**, con riguardo ai costi di riparazione o sostituzione dell'Attrezzatura sportiva di proprietà dell'Assicurato, in caso di:

- furto dell'Attrezzatura sportiva contenuta in un veicolo **a seguito di furto totale o effrazione dello stesso;**
- smarrimento da parte della compagnia aerea;

- danneggiamento da parte della compagnia aerea. Il danneggiamento deve essere di tipo funzionale che ne renda impossibile l'utilizzo**, con esclusione** di danneggiamenti di pura natura estetica.

Art. 1.14 – Rimborso costi sportivi non goduti per Infortunio

In caso di **Sinistro** Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza, subito dall'Assicurato durante lo svolgimento dell'Attività sportiva assicurata, che non gli consente di svolgere l'attività stessa, Allianz S.p.A. rimborsa i costi sportivi, relativi all'Attività sportiva assicurata, **effettivamente sostenuti dall'Assicurato**, per:

- abbonamenti sportivi: quote di iscrizione a centri sportivi/strutture sportive;
- lezioni collettive.

Le quote relative a tali costi sono rimborsate limitatamente al periodo di mancata fruizione conseguente all'Infortunio. Il rimborso è calcolato in giorni di calendario sul valore pro-die, proporzionalmente alla durata indicata nella certificazione medica che attesta il periodo di impossibilità a praticare l'Attività sportiva assicurata a causa di Infortunio.

Allianz S.p.A. rimborsa anche i costi effettivamente sostenuti dall'Assicurato, relativamente all'Attività sportiva assicurata, per:

- lezioni individuali, limitatamente al periodo entro i 7 giorni dalla data dell'Infortunio;
- prenotazione del campo da gioco, limitatamente al periodo entro i 7 giorni dalla data dell'Infortunio;
- iscrizioni a tornei o competizioni sportive: quote di partecipazione a eventi, tornei o competizioni sportive non goduti a causa dell'Infortunio.

Il rimborso è riconosciuto esclusivamente per i costi sostenuti dall'Assicurato e documentati.

Il rimborso è riconosciuto **entro il limite della Somma assicurata di euro 1.500 per Infortunio e per anno assicurativo** e comunque non superiore al costo effettivamente sostenuto dall'Assicurato.

Sezione Assistenza

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati da Allianz S.p.A. tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Il servizio di Assistenza prestato con la presente copertura assicurativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze. Tutte le prestazioni che seguono sono richiedibili esclusivamente a seguito di un infortunio verificatosi durante la pratica dell'Attività sportiva.

Art. 1.15 - Consulto medico telefonico

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio, il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico, che è effettuato immediatamente o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa. **Il servizio** è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuta l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per organizzare una consulenza specialistica e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le sopra indicate strutture in Italia e all'estero.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

Art. 1.16 - Second Opinion

Quando, in seguito ad Infortunio, l'Assicurato o il suo medico curante desiderano effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la

patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per organizzare il riesame richiesto, come sotto meglio specificato, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante**.
In particolare, la Centrale Operativa:
- acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato;
- ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolge per ottenerne il secondo parere medico specialistico;
- fornisce all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi;
- provvede, se necessario, alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.
Se, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non è possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato può rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Art. 1.17 – Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Se, a seguito dell'erogazione della prestazione di Second Opinion prevista al precedente articolo, emerge la necessità di un ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa organizza a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.
L'aereo sanitario può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale.
Se necessario, la Centrale Operativa organizza a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e anche il soggiorno dell'accompagnatore tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.

Art. 1.18 – Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

Se emerge la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa organizza a proprie spese:

a. il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi.
b. il trasporto per il rientro dell'Assicurato al domicilio a seguito di dimissioni dalla struttura in cui si trova a mezzo di ambulanza, treno o taxi.

Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.19 – Invio di un familiare in caso di evento occorso al di fuori della propria regione di residenza

Quando, in caso di Infortunio **avvenuto in viaggio al di fuori della propria regione di residenza**, l'Assicurato viene ricoverato in struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare un biglietto aereo (classe turistica Andata/Ritorno) o ferroviario (1a classe Andata/Ritorno), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato.
La prenotazione dei servizi per il trasferimento del familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo verrà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.
In caso di ricovero per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa organizza anche il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.

La prenotazione del soggiorno del familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.20 – Trasporto in ambulanza o taxi per effettuare terapie o cure

Quando l'Assicurato deve eseguire delle terapie e/o cure prescritte dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi **nel limite di euro 500,00 per evento**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.21 – Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica prescritta dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa provvede ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di **16 ore complessive per evento**.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica da cui emerge la necessità della prestazione.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulta impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **16 ore complessive per evento a fronte di regolare fattura**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.22 – Invio fisioterapista al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di trattamenti fisioterapici al domicilio prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa provvede ad inviare un fisioterapista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di **16 ore complessive per evento**.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica da cui emerge la necessità della prestazione.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulta impossibile reperire un fisioterapista entro il termine indicato, la Centrale Operativa provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **16 ore complessive per evento a fronte di regolare fattura**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.23 – Disponibilità di attrezzature medico-ortopediche

L'Assicurato che necessita di presidi medico-ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa che li mette a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione rimane a carico della Centrale Operativa per una durata massima di 2 settimane di noleggio/comodato.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica da cui emerge la necessità della prestazione.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulta impossibile reperire tali presidi entro il termine indicato, oppure se l'Assicurato necessita dei seguenti presidi da adattare alle sue esigenze: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy, la Centrale Operativa provvede a rimborsare all'Assicurato le relative spese **sino a un massimo di euro 500,00 per evento**, **a fronte di regolare fattura.**
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.24 – Accesso al network socio-sanitario di Allianz Partners per la richiesta di altre prestazioni socio-assistenziali a pagamento

In caso di infortunio dell'Assicurato la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato stesso, provvede alla ricerca e segnalazione di personale socio-sanitario (infermieri fisioterapisti, ecc.) il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.

Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.25 – Solo in caso di inabilità temporanea certificata da referto medico:

Art. 1.25 a) Servizio di assistenza presso l'abitazione
Quando l'Assicurato è oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio un aiuto domestico, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di 16 ore complessive per evento**.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica da cui emerga la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato e la necessità della prestazione.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulta impossibile reperire il personale necessario entro il termine indicato, la Centrale Operativa provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **16 ore complessive per evento a fronte di regolare fattura**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 1.25 b) Servizio di baby-sitter
Quando l'Assicurato è oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di baby-sitter la Centrale Operativa vi provvede secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di 16 ore complessive per evento**.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica da cui emerga la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato e la necessità della prestazione.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulta impossibile reperire il personale necessario entro il termine indicato, la Centrale Operativa provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **16 ore complessive per evento a fronte di regolare fattura**.
Validità territoriale: Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

2. CHI E CHE COSA NON È ASSICURATO

In questa sezione sono descritti i casi in cui la copertura non opera.

Art. 2.1 – Persone non assicurabili
Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:
- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura assicurativa, Allianz S.p.A. ha diritto di recedere con effetto immediato da quando l'Assicurato riceve la comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 codice civile, comma 3.

Art. 2.2 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Infortuni
Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono:
a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
b) infarto da qualsiasi causa determinato;
c) rottura di tendini, **salvo quanto previsto all'articolo 1.11 "Indennizzo forfettario per rottura di tendini";**

d) infezioni, che sono sempre considerate malattie, anche se pandemiche, **salvo quanto previsto all'articolo 1.2 "Infortuni compresi" lettera c)**;
e) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da Sforzo come previsto all'articolo 1.2 "Infortuni compresi", lettera g);
f) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Art. 2.3 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Responsabilità civile verso terzi e della Sezione Sport Protetto

In relazione a tutte le garanzie prestate nelle sezioni Responsabilità civile verso terzi e Sport Protetto, la copertura **non** opera **per i danni:**

a) a cose e/o animali che l'Assicurato ha in consegna o in custodia o detiene a qualsiasi titolo;
b) derivanti da atti di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse, ad esempio, guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
c) derivanti da atti di vandalismo;
d) punitivi di qualsiasi natura;
e) causati direttamente o indirettamente da Evento Cyber.

Art. 2.4 – Rischi esclusi per tutte le garanzie della Sezione Assistenza

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

- infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- espianto/trapianto di organi.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia assistenza tutti gli infortuni occorsi in occasione dell'esercizio di:

- alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- Skydiving, base jumping, deltaplano o paracadutismo;
- bungee jumping;
- Speleologia, discesa in corda doppia o in grotta;
- Sci o snowboard al di fuori di piste segnalate o in un'area accessibile in elicottero;
- Sport di arrampicata o free climbing;
- Qualsiasi attività ad alta quota;
- Combattimento personale o sport di combattimento;
- Corse o allenamenti con un veicolo a motore o moto d'acqua;
- Immersione in apnea;
- Immersioni subacquee a una profondità superiore a 20 metri o senza un istruttore subacqueo.

Sono sempre escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

3. LIMITI DI COPERTURA

In questa sezione sono descritte le limitazioni di copertura, cioè i casi in cui la copertura non opera solo per alcuni eventi.

La copertura assicurativa opera con gli Scoperti, le Franchigie e i Limiti di indennizzo indicati nelle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 3.1 – Limiti di copertura per tutte le garanzie della Sezione Infortuni

La copertura assicurativa **non opera** per gli infortuni causati da:

a) pratica dell'Attività sportiva esercitata a livello professionistico e che comporti Remunerazione diretta o indiretta;
b) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
c) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
d) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. Ad esempio: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
e) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.

Art. 3.2 – Limiti di copertura per la garanzia Responsabilità civile verso terzi

La **garanzia non opera per i danni:**

- causati a terzi dall'utilizzo e dalla circolazione, all'interno dell'intera area della struttura sportiva, di veicoli a motore anche non soggetti all'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile auto di cui alla vigente legislazione;
- derivanti dalla detenzione e dall'uso di armi e munizioni;
- alle cose/animali dei seguenti familiari dell'Assicurato:
    a. il suo coniuge non separato o partner dell'unione civile, anche se con lui non residenti nella stessa abitazione;
    b. il suo convivente more uxorio, a condizione che sia con lui residente nella stessa abitazione;
    c. le altre persone con lui residenti nella stessa abitazione, a condizione che siano legate a lui e/o ai soggetti di cui ai punti a) e b) da vincoli di parentela, affinità, adozione, tutela.

    Questi soggetti sono tuttavia considerati terzi, e quindi la garanzia opera **entro il Limite di indennizzo di euro 50.000 per sinistro**, **limitatamente alle sole lesioni personali, sempre che il danno si sia verificato durante l'Attività sportiva, alla quale partecipano contemporaneamente sia l'Assicurato sia i suddetti soggetti.**

Art. 3.3 – Limiti di copertura per la garanzia Attrezzatura sportiva

La garanzia non opera in relazione a:

- Attrezzatura sportiva lasciata alla vista in un veicolo;
- danneggiamenti causati da usura o cattiva manutenzione dell'Attrezzatura sportiva.

Art. 3.4 – Limiti di copertura per tutte le garanzie della Sezione Assistenza

E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- pratica dell'Attività sportiva esercitata a livello professionistico e che comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono da

sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- viaggio intrapreso verso un territorio dove è operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- epidemie che hanno caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:
- la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di **chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute** in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- se l'Assicurato beneficia di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazione, le prestazioni previste dalla presente copertura operano solo quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
- in ogni caso, i costi vengono risarciti complessivamente una volta sola;
- la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- **il diritto alle prestazioni di assistenze decade se l'Assicurato non ha preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro**;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza che deriva dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.
- Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; **all'estero solo per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi**.

La Centrale Operativa Assistenza non può essere ritenuta responsabile di:
- ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

4. VALIDITA' TERRITORIALE

SEZIONE INFORTUNI, RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI, SPORT PROTETTO

Art. 4.1 – Validità territoriale per tutte le garanzie
La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo**.**

SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.2 – Validità territoriale
La copertura assicurativa vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.
Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della Polizza, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

5. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

- **gli obblighi e le attività a carico delle Parti quando si verifica un Sinistro, al fine di consentire l'erogazione dell'Indennizzo o della prestazione assicurativa;**
- **le modalità e i tempi per la denuncia del Sinistro;**
- **i tempi di adempimento o liquidazione.**

SEZIONE INFORTUNI

Art. 5.1 – Obblighi
In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A.** o al proprio intermediario assicurativo, **entro 5 giorni** da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.
La denuncia **deve:**

- riportare l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento;
- indicare le cause che lo hanno determinato;
- essere corredata da certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato **deve inoltre presentare** la documentazione che segue:

- copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa all'Infortunio denunciato;
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia presunta o accertata, e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- in caso di Infortunio che ha reso necessarie spese odontoiatriche, il certificato del Pronto Soccorso;
- i certificati medici sul decorso delle lesioni, fino a guarigione avvenuta, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e inviati ad Allianz S.p.A;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) regolarmente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti

fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi;
- documentazione idonea a comprovare che l'Infortunio è occorso all'Assicurato durante lo svolgimento dell'Attività sportiva assicurata, comprese le altre attività fisiche rientranti nel programma di allenamento relativo all'Attività sportiva stessa (a titolo esemplificativo: attestazione del gestore/organizzatore o della struttura, evidenza di prenotazione e utilizzo programmato, certificazione sanitaria che riporti il contesto sportivo oppure altra documentazione equivalente ritenuta idonea).

Inoltre, l'Assicurato **deve**:
- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato, a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.

Se durante il periodo di cura sopravviene la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato – **o i suoi eredi legittimi o i Beneficiari devono:**
- **dare** immediato avviso ad Allianz S.p.A.
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Art. 5.2 - Termini per l'indennizzo
Allianz S.p.A., verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso.
Entro lo stesso termine Allianz S.p.A. comunica eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.

In relazione alle garanzie di rimborso spese mediche di cui agli **articoli 1.4 "Spese mediche per ricovero da infortunio", 1.5 "Spese prima e dopo il ricovero", 1.6 "Accertamenti di alta diagnostica", 1.7 "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici"**, la liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi il limite di un anno viene elevato a due anni.
Se l'Assicurato ha presentato ad altre Compagnie Assicurative richiesta di rimborso per lo stesso Sinistro, e ha ottenuto il rimborso, all'Assicurato è liquidato solo l'importo rimasto a suo carico, a termini delle presenti Condizioni di assicurazione.

Se è prevista la liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità permanente sotto forma di capitale e si verifica il decesso dell'Assicurato:
- se il decesso avviene per qualsiasi causa prima che Allianz S.p.A. ha potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi **devono fornire**:
- la documentazione medica indicata all'articolo 5.1 "Obblighi";
- il certificato di morte dell'Assicurato;
- l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Dopo aver acquisito la documentazione sopra indicata Allianz S.p.A.:
- provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo 1.3.1 "Accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile;
- s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Se l'Indennizzo viene quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto, Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto** la dichiarazione di successione in cui risulta

indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da infortunio;

- se il decesso avviene per qualsiasi causa dopo che l'Indennizzo è stato quantificato in misura determinata o ufficialmente offerto, Allianz S.p.A. liquida agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto**:
- il certificato di morte dell'Assicurato;
- l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi;
- la dichiarazione di successione in cui risulta indicato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo che spetta per la prestazione Invalidità permanente da infortunio.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la liquidazione del relativo Indennizzo viene effettuata in Italia e in euro.
Per le spese sostenute all'estero, l'Indennizzo è corrisposto in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.
Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Art. 5.3 - Anticipo sull'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio
L'Assicurato può richiedere ad Allianz S.p.A. la liquidazione di un anticipo sull'Indennizzo per Invalidità permanente nel caso di Infortunio il cui grado di invalidità può essere stimato da Allianz S.p.A. in misura non inferiore al 20%.
L'anticipo liquidato è pari al 50% del presumibile Indennizzo e viene conguagliato in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.
Quanto sopra non costituisce impegno di Allianz S.p.A. circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.
L'obbligo di Allianz S.p.A. sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

Art. 5.4 – Procedura per la valutazione del danno
L'ammontare del danno è concordato direttamente da Allianz S.p.A. o da un consulente medico da questa incaricato con l'Assicurato o persona da lui indicata.
In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio formato da tre medici, **fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria**.
Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo è nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.
Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.
Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa scelto, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.
Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, in questo caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Art. 5.5 – Obblighi
In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A.** o il proprio intermediario assicurativo, **entro 5 giorni** dall'evento o da quando ne ha avuto conoscenza, precisando, in particolare:

- il luogo, la data, l'ora e le circostanze dell'evento;

- la descrizione dei fatti, delle persone e delle cose coinvolte;
- il numero della Polizza.

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

Il Contraente o l'Assicurato **devono altresì :**

- **informare** immediatamente Allianz S.p.A. o il proprio intermediario assicurativo delle procedure civili e penali promosse contro di lui e fornire tutti i documenti e le prove utili alla difesa. Allianz S.p.A ha facoltà di assumere la direzione della causa e la difesa dell'Assicurato;
- **fornire** documentazione idonea a comprovare che l'evento è avvenuto durante lo svolgimento dell'Attività sportiva assicurata, comprese le altre attività fisiche rientranti nel programma di allenamento relativo all'Attività sportiva stessa (a titolo esemplificativo: attestazione del gestore/organizzatore o della struttura, evidenza di prenotazione e utilizzo programmato, certificazione sanitaria che riporti il contesto sportivo oppure altra documentazione equivalente ritenuta idonea).
- **astenersi** da qualunque transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il preventivo consenso di Allianz S.p.A.

Art. 5.6 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato **deve darne avviso a tutti gli assicuratori**, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 codice civile.

Nel caso di esistenza di altre coperture assicurative per lo stesso rischio, il Contraente o l'Assicurato può chiedere l'intero Indennizzo ad uno solo degli assicuratori, il quale ha diritto di regresso nei confronti degli altri per l'Indennizzo corrisposto. In caso di richiesta ad Allianz S.p.A, la stessa provvede al pagamento dell'Indennizzo calcolandolo in base alle condizioni della Polizza.

Art. 5.7 - Gestione delle vertenze e spese di resistenza

Allianz S.p.A assume, **fino a quando ne ha interesse**, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso, **in base a quanto previsto dall'art. 1917 codice civile.**

Allianz S.p.A **non riconosce le spese** sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici se non siano da essa designati e **non risponde** di multe, ammende e delle spese di giustizia penale.

SEZIONE SPORT PROTETTO

Art. 5.8 – Obblighi per la garanzia Attrezzatura sportiva

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o altro soggetto per conto degli stessi deve avvisare **Allianz S.p.A.** o il proprio intermediario assicurativo, **entro 5 giorni** dall'evento o da quando ne ha avuto conoscenza, precisando, in particolare, il luogo, la data, l'ora e le circostanze dell'evento, la descrizione dei fatti, delle persone e delle cose coinvolte e il numero della Polizza.

Ai fini dell'operatività della garanzia, l'Assicurato **deve** fornire

1. **copia della denuncia presentata all'Autorità competente,** nel caso di furto dell'Attrezzatura sportiva contenuta in un veicolo a seguito di furto totale o effrazione dello stesso,
2. **attestazione di smarrimento dell'Attrezzatura sportiva rilasciata dalla compagnia aerea**, nel caso di smarrimento dell'Attrezzatura sportiva da parte della compagnia aerea
3. **attestazione del danneggiamento dell'Attrezzatura sportiva rilasciata dalla compagnia** aerea, nel caso di danneggiamento dell'Attrezzatura sportiva che deve essere **di tipo funzionale e ne deve rendere impossibile l'utilizzo.**

Nei suddetti casi Allianz S.p.A corrisponde:

a) in caso di danneggiamento il costo di riparazione dell'Attrezzatura sportiva.
b) in caso di furto o smarrimento il costo di sostituzione dell'Attrezzatura sportiva con altra **avente caratteristiche simili a quella di proprietà dell'Assicurato. Tale costo è** calcolato tenendo conto del Valore a nuovo dell'articolo rubato/perso.

In entrambi i casi a) e b), l'Assicurato deve fornire le prove documentali di cui ai punti 1), 2), 3), nonché la fattura/scontrino fiscale o altro documento comprovante l'acquisto/proprietà o la riparazione dell'Attrezzatura sportiva (ad esempio, la ricevuta di pagamento POS).

Art. 5.9 – Obblighi per la garanzia Rimborso costi sportivi non goduti per Infortunio

In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato o altro soggetto per conto degli stessi è tenuto ad avvisare **Allianz S.p.A. o** il proprio intermediario assicurativo **entro 5 giorni** dalla data dell'evento o da quando ne ha avuto conoscenza.

Ai fini dell'operatività della garanzia l'Assicurato **deve** fornire:

- l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'Infortunio, nonché una descrizione dettagliata delle sue modalità di accadimento;
- prova documentale dell'effettivo pagamento dei costi sopra indicati tramite ad esempio ricevute, fatture o evidenze di pagamento;
- prova documentale dell'abbonamento sportivo sottoscritto e del periodo di effettiva validità dello stesso, delle lezioni collettive/individuali acquistate, dell'iscrizione ai tornei/competizioni e della prenotazione del campo da gioco;
- documentazione idonea a comprovare che l'Infortunio è occorso all'Assicurato durante lo svolgimento dell'Attività sportiva assicurata, comprese le altre attività fisiche rientranti nel programma di allenamento relativo all'Attività sportiva stessa (a titolo esemplificativo: attestazione del gestore/organizzatore o della struttura, evidenza di prenotazione e utilizzo programmato, certificazione sanitaria che riporti il contesto sportivo oppure altra documentazione equivalente ritenuta idonea);
- specifica certificazione medica che attesti il periodo di impossibilità a praticare l'Attività sportiva a causa di Infortunio.

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

Art. 5.10 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato **deve darne avviso a tutti gli assicuratori**, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 codice civile.

Nel caso di esistenza di altre coperture assicurative per lo stesso rischio, il Contraente o l'Assicurato può chiedere l'intero Indennizzo ad uno solo degli assicuratori, il quale ha diritto di regresso nei confronti degli altri per l'Indennizzo corrisposto. In caso di richiesta ad Allianz S.p.A, la stessa provvede al pagamento dell'Indennizzo calcolandolo in base alle condizioni della Polizza.

Art. 5.11 – Termini di indennizzo

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

Art. 5.12 – Recupero delle cose rubate

Se le cose rubate sono recuperate in tutto o in parte, il Contraente o l'Assicurato **è tenuto ad avvisare l'Impresa appena ne ha avuto notizia.**

Si conviene che:

- se l'Impresa ha indennizzato integralmente il danno, le cose recuperate divengono di proprietà dell'Impresa stessa, a meno che l'Assicurato non restituisca l'intero importo riscosso a titolo di Indennizzo per le cose medesime;
- se l'Impresa ha indennizzato solo in parte il danno, l'Assicurato ha facoltà di conservare la proprietà delle cose recuperate, previa restituzione dell'importo dell'Indennizzo riscosso dall'Impresa per le stesse, o di farle vendere. In quest'ultimo caso si procede ad una nuova valutazione del danno sottraendo dall'ammontare del danno originariamente accertato il valore delle cose recuperate; sull'importo così ottenuto viene ricalcolato l'Indennizzo a termini di contratto e si effettuano i relativi conguagli.

Per le cose rubate che siano recuperate prima del pagamento dell'Indennizzo, l'Impresa è obbligata soltanto per i danni eventualmente subiti dalle cose stesse in conseguenza del Sinistro. L'Assicurato ha tuttavia facoltà di

abbandonare all'Impresa le cose recuperate, salvo il diritto dell'Impresa di rifiutare l'abbandono pagando l'Indennizzo dovuto.

SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.13 – Obblighi

Per richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza l'Assicurato **deve contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **deve essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a**:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A., rappresentanza generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non sono rimborsate.
Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- prendere nota del numero di pratica comunicata dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

6. PREMIO

Art. 6.1 - Pagamento del Premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto ed è comprensivo delle imposte.
È unico ed a periodicità annuale, e **deve essere pagato al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A.**
Il Premio può essere pagato tramite:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A oppure all'intermediario assicurativo, espressamente in questa qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano come beneficiario uno dei soggetti indicati al punto precedente;
- denaro contante, con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Art. 6.2 – Rimborso del Premio in caso di recesso per Sinistro

Se Allianz S.p.A. esercita il diritto di recesso per Sinistro previsto all'articolo 7.4 "Recesso in caso di Sinistro", rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al Periodo di assicurazione non trascorso e non goduto.

7. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 7.1 - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del Premio

La copertura assicurativa ha effetto dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda di polizza **se il Premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

Il Premio deve essere pagato al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. ed è dovuto per l'intero Periodo di assicurazione.

Se il Contraente non paga il Premio, la copertura assicurativa resta sospesa dal giorno del mancato pagamento.

Se durante la sospensione il Contraente paga il Premio la stessa ricomincia a operare dal giorno del pagamento; in questo caso Allianz S.p.A. ha il diritto di chiedere il pagamento del Premio, ai sensi dell'articolo 1901 codice civile.

Art. 7.2 –Tacito rinnovo

La copertura assicurativa **scade l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza;** se il Contraente o Allianz S.p.A. non comunicano disdetta con **lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima di questa scadenza, la copertura con durata non inferiore a un anno si rinnova automaticamente per un altro anno e così per gli anni che seguono.**

Art. 7.3 – Deroga al tacito rinnovo

In deroga a quanto previsto dall'articolo 7.2 "Tacito rinnovo", la copertura assicurativa **non si rinnova automaticamente** alla scadenza e, quindi, termina l'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza senza bisogno di mandare la disdetta.

In questo caso non si applica la proroga di copertura di 15 giorni, dopo la scadenza, prevista dall'articolo 1901 codice civile

Art. 7.4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini stabiliti dalle presenti condizioni di assicurazione e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, **Allianz S.p.A. ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa con preavviso di 30 giorni.**

Anche l'Assicurato e il Contraente possono fare valere il diritto di recesso, ma solo nel caso in cui il Contraente faccia parte della categoria dei consumatori come definita dall'articolo 3 del D.lgs. 206/2005.

8. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 8.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Allianz S.p.A. assicura il rischio e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Pertanto, il Contraente o l'Assicurato devono fornire ad Allianz S.p.A. informazioni precise e complete riguardo ai dati e alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio: **il mancato rispetto di questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione della copertura assicurativa, come previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 codice civile.**

In caso di cessazione della copertura assicurativa, **Allianz S.p.A. può trattenere** il Premio incassato.

Art. 8.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione *(valido per tutte le garanzie della Sezione Infortuni)*

Allianz S.p.A rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 8.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato devono **comunicare per iscritto ad Allianz S.p.A.** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio disciplinato dalle presenti condizioni di assicurazione e indicato nella Scheda di Polizza.
In caso di Sinistro l'Assicurato deve **avvisare a tutti gli assicuratori**, indicando a ognuno il nome degli altri come previsto dall'art. 1910 codice civile.

Art. 8.4 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare **comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.** di ogni aggravamento del rischio.
Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Allianz S.p.A. **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché** la stessa **cessazione della copertura assicurativa.**
Il Contraente o l'Assicurato devono **subito avvisare per iscritto** Allianz S.p.A. se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi *("aggravamento del rischio")*. **Se non rispettano questo obbligo**, previsto dall'art. 1898 codice civile, **possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo.**

Art. 8.5 – Diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono **subito avvisare per iscritto** Allianz S.p.A. se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi *("diminuzione del rischio")*.
In questo caso Allianz S.p.A. riduce il Premio successivamente alla comunicazione e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'articolo 1897 codice civile.

Art. 8.6 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali relativi alla polizza, al Premio, agli Indennizzi, sono a carico del Contraente.

Art. 8.7 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun Assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun Assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'Assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito, dell'Area Economica Europea.

Art. 8.8 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, vale la legge italiana.

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella B (INAIL), Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie indicate nella Scheda di polizza e i criteri di corresponsione stabiliti dalle Condizioni di assicurazione - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale in base alle percentuali previste dalla **"Tabella INAIL"** di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa ad applicare la Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	**Percentuale**	
	des.	sin.
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 applicazioni di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
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 superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità	=	
Esiti della 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%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio	12%	
- totale dell'anulare	8%	
- totale del mignolo	12%	
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio	5%	
- della falange ungueale dell'anulare	3%	
- della falange ungueale del mignolo	5%	
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio	8%	
- delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
- delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 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%
Descrizione	**Percentuale**	
	des.	sin.
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 renda 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 di un piede non si dà 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 tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
Visus residuo	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	0
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	1%	3%	6%	10%	14%	18%	23%	27%	31%	35%
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)	2%	6%	12%	19%	26%	34%	42%	50%	58%	65%

1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

6) 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.