

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Polizza Infortuni degli psicologi associati alla
Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani

31/10/2022– Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

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 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.017 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.149 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.577 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.160 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.804 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 5.804 milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 225%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Sezione Infortuni

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso nella sezione "Ci sono limiti di copertura", subito dall'Assicurato nello svolgimento

- delle attività (principali e secondarie) professionali di psicologo o psicoterapeuta, nonché durante lo svolgimento del tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi, comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e delle altre attività previste dalla normativa vigente;
- delle attività verificatesi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

	GARANZIE BASE Morte Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi -anche successivamente alla scadenza della polizza -entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte -se superiore -e quella già pagata per invalidità permanente. Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subito.
	Invalidità permanente L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" e in base alle modalità indicate nella Scheda di Polizza.
Rischi compresi e precisazioni	
	Sono compresi gli infortuni subiti, al netto di quanto indicato nel paragrafo "Ci sono limiti di copertura" se derivanti da: - colpa, imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi; - atti di temerarietà, soltanto se compiuti per solidarietà umana e per legittima difesa; - atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o altri atti violenti, a condizione che l'assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni. Inoltre, l'assicurazione comprende: - gli infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza; - gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione; - l'asfissia non di origine morbosa; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze; - le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive; - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di calore o di sole o di freddo; - le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi e punture di animali (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari); - le lesioni determinate da sforzi, rimanendo comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche; - le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che: • qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per tale titolo; • qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al Collegio Medico. Rischio volo L'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, è estesa con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura" agli infortuni che l'Assicurato

	subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Rischio guerra L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero, in un paese sino ad allora in pace e purché tali infortuni non si verifichino nei territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino. Recovery hope La Società riconosce a favore del Beneficiario il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite: 1) L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite. 2) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione da questa richiesta su tale stato. 3) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati. 4) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo il verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue. 5) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente, o a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente), effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C In caso di contagio da virus HIV o dell'epatite B o C avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività assicurata descritta in polizza in conseguenza di: • aggressioni subite dall'assicurato • puntura o ferita occasionale da oggetto infetto da virus • trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza • contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito delle strutture frequentate dall'assicurato a soggetti già portatori del virus la Società assicura l'indennizzo pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'Assicurazione le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del
--	--

	sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato a pena di nullità esclusivamente secondo la procedura di accertamento stabilita al punto che segue. Danni estetici In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dall'evento, allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Ubriachezza L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza. Maggiorazione invalidità permanente Qualora l'invalidità permanente valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 50% l'indennità viene corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente pattuite. Rischi sportivi La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Sezione infortuni	
Rimborso spese mediche da infortunio	A richiesta dell'Assicurato e contro versamento del relativo premio la Società rimborsa all'assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza le spese mediche sostenute per: - analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici; - prestazioni mediche specialistiche (con esclusione di dispositivi protesici di qualsiasi genere); - trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro; - in caso di ricovero in struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di camera operatoria, materiali di intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con l'esclusione di protesi posizionate anteriormente al sinistro); - spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato; La presente garanzia può essere concessa esclusivamente in abbinamento alle opzioni di assicurazione degli infortuni professionali ed extraprofessionali.
Indennità giornaliera per ricovero convalescenza e gessatura	Nel caso di Ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'importo della diaria assicurata: a) per ogni giorno di Ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione; b) per la Convalescenza successiva al ricovero, per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa;

	c) qualora l'infortunio abbia comportato Gessatura, la Società corrisponde inoltre l'importo della diaria assicurata per tutto il periodo della Gessatura stessa ma con una durata massima di 180 (centottanta) giorni. L'indennità di Gessatura è cumulabile con quelle di Ricovero e di Convalescenza ma, in questo caso, il periodo di Convalescenza indennizzabile non potrà eccedere il periodo di Gessatura. Il caso di Convalescenza successiva a Gessatura è indennizzabile anche in assenza di Ricovero. Indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale sin dalla prima diagnosi non è ritenuta necessaria o applicabile la gessatura come prevista dalle definizioni viene riconosciuta all'Assicurato la diaria da gessatura per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo. Le indennità di cui ai suddetti punti, verranno corrisposte previa esibizione della relativa probatoria documentazione e solo se ne è stata richiesta la copertura, esclusivamente per infortuni professionali ed extra professionali.
--	--

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
Esclusioni	Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da: a) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei o di aeromobili, nonché la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti; salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo; b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci, nonché dall'uso di allucinogeni; c) atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; d) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio; e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche; f) guerra e insurrezioni in genere; g) avvelenamento del sangue o infezione –da virus H.I.V. – con germe infettivo che non si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; h) pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); i) pratica a titolo professionistico di sports in genere; l) partecipazione a gare e relative prove con veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura; m) partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).
Invalità permanente	L'Impresa riconosce l'Invalità permanente purché si manifesti – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

Rimborso spese mediche da infortunio	Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato è effettuato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro 18 mesi dalla data di avvenimento dell'infortunio fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 7.500,00 per anno assicurativo e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.
Rischi sportivi	L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante: a) la pratica di alpinismo, sci-alpinismo (oltre il terzo grado della "Scala di Monaco" senza accompagnamento di guida/portatore patentati, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), guidoslitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiaccio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentato, speleologia; b) la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, rugby, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.
Indennità giornaliera per ricovero convalescenza e gessatura	Per la frattura completa di costola l'indennità è riconosciuta per un periodo non eccedente i 15 giorni mentre alcuna indennità è riconosciuta per la frattura delle ossa nasali.
Ubriachezza	Si intendono esclusi gli infortuni conseguenti alla guida di mezzi di locomozione
Rischio guerra	L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO, PERIODI DI CARENZA se presenti	
Franchigia per il caso di IP	L'indennità liquidabile e' soggetta all'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, nel senso che non si farà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale, mentre se la stessa risulterà superiore al 3% l'indennità verrà corrisposta per la sola eccedenza. Si conviene inoltre che, qualora l'indennità permanente accertata superi il 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta senza applicazione di alcuna franchigia e che, qualora l'invalidità permanente accertata superi il 50% della totale, verrà corrisposto, a titolo di indennizzo, il 100% del capitale assicurato.
Rimborso spese mediche da infortunio	Massimo Euro 7.500,00 franchigia euro 100,00 per sinistro con sottolimiti: • per trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro • per spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato
Indennità giornaliera per ogni giorno di Ricovero	L'indennizzo verrà corrisposto per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione
Indennità giornaliera per la Convalescenza successiva al ricovero	L'indennizzo verrà corrisposto per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa
Indennità giornaliera per ingessatura	limite di indennizzo 180 gg per sinistro
Danni estetici	Massimo Euro 8.000,00

Recovery hope	Massimo Euro 50.000,00
Virus Hiv ed epatite B e C	l'indennizzo è pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP
Catastrofali	limite Euro 19.5000.000,00
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie	
Franchigia presente in polizza 3% che si annulla al 10% 1) § Capitale assicurato: Euro 100.000. § Invalidità permanente accertata: 7%. § Applicazione della Franchigia § Invalidità permanente indennizzata: il 4% di euro 100.000 = euro 4.000 2) § Capitale assicurato: Euro 100.000. § Invalidità permanente accertata: 12%. § La franchigia del 3% non viene applicata poiché si annulla al 10% § Invalidità permanente indennizzata: il 12% di euro 100.000 = euro 12.000 Franchigia presente in polizza per la garanzia Rimborso Spese Mediche: § Massimale assicurato: Euro 7.500,00. § Importo prestazione medica sostenuta dall'assicurato: Euro 400,00. § Applicazione della franchigia pari ad euro 100,00 a carico dell'assicurato § Importo da liquidare: Euro 400,00 – Euro 100,00 = Euro 300,00.	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro SEZIONE INFORTUNI In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 30 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile. L'Assicurato deve altresì: § fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato; § inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa; § sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; § fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

	SEZIONE Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C In caso di sinistro l'assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV o dall'epatite B o C a causa di un evento accidentale come descritto al punto che precede deve darne avviso scritto al broker che gestisce il contratto entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata al broker una descrizione dettagliata dell'evento certificata dall'Ente presso il quale si è verificato il fatto accidentale. Entro 6 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test per le patologie assicurate presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione prevista al punto che precede cessa nei suoi confronti. In caso di sieronegatività entro i successivi 180 giorni l'assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test presso lo stesso ospedale o istituto di cura pubblico o privato. La Società riscontri gli adempimenti prescritti e constatato il contagio ove certificato dal secondo test immunologico liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione. Tutte le spese mediche relative ai test sono a carico dell'Assicurato tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione al momento di sottoporsi al test immunologico. In relazione ai rischi descritti al punto che precede ed alla procedura di accertamento della sieropositività si conviene che: in caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in strutture sanitarie) l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione; l'aggressione deve risultare da denuncia anche contro ignoti all'autorità competente; in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico l'assicurato è esonerato dal primo test restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa costituirà corredo necessario della pratica di sinistro.
	Assistenza diretta / in convenzione Sono previste prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti / strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese Non prevista.
	Prescrizione I diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a condizioni di inassicurabilità), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, dell'aggravamento dell'attività professionale svolta) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

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

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto agli associati che abbiano richiesto la copertura iscritti all'Albo degli Psicologi o frequentanti strutture pubbliche o private per il tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria.	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 17%.	

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • Con 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 massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.

	Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
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 corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle 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	Risoluzione delle liti transfrontaliere Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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.