

COPERTURA COLLETTIVA PER INFORTUNIO PERSONALE POLIZZA GENERALE TERMINI E CONDIZIONI

INDICE

Come contattare l'Amministratore.....	2
Oggetto della copertura.....	3
Esclusioni	7
Come inoltrare una richiesta di risarcimento.....	7
Reclami.....	9
Sanzioni	9
Protezione dei dati	10
Nostre modifiche.....	10
Legislazione e foro competente	10
Definizioni	11
Comunicazione di equo trattamento.....	14

A fronte del premio a **Noi** corrisposto dal **Contraente Principale** e/o alle sue **Società Affiliate** (Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l., Roofoods Spain SL, Deliveroo Ireland Limited), **forniremo** la copertura di cui alla Polizza Principale al **Contraente Principale** per ciascuna **Persona Assicurata**. Per il tramite del proprio **Amministratore** e delle sue **Società Affiliate**, il **Contraente Principale** dichiara di conoscere le clausole di cui al contratto, ai termini delle quali la **Persona Assicurata** può avere accesso alla Polizza Principale.

LA PRESENTE **POLIZZA GENERALE** È STUDIATA PER PROTEGGERE L' **ASSICURATO** DALLE CONSEGUENZE FINANZIARIE DERIVANTI DA UNA **LESIONE PERSONALE** DOVUTA A UN **INFORTUNIO** OCCORSO DURANTE IL **PERIODO DI OPERATIVITÀ**.

La presente **Polizza Generale** è costituita da quanto segue:

1. La polizza (titolata 'Copertura Collettiva per Infortunio Personale Polizza Generale – Termini e Condizioni'), che definisce esattamente le coperture e le esclusioni nell'ambito della **Polizza Generale**, le condizioni della **Polizza Generale**, le modalità di inoltro di una richiesta di risarcimento, di un reclamo e altre informazioni importanti,
2. il Prospetto della Polizza Generale (titolato 'Master Policy Schedule - Group Accident Insurance'), che definisce ciò che è coperto e l'indennizzo correlato,
3. eventuali modifiche.

Si prega di leggere la presente polizza, il Prospetto della Polizza Generale e tutte le modifiche e di conservarli tutti insieme in un luogo sicuro a disposizione per presa visione di ogni **Assicurato**.

Taluni termini hanno uno specifico significato, ove appaiano in grassetto corsivo (fatte salve le intestazioni di sezione) e sono elencati tra le "Definizioni" a pagina 11.

In caso di dubbi o divergenze di interpretazione, la versione inglese prevarrà sulla versione italiana.

Come contattare l'Amministratore

Questa **Polizza Generale** è gestita dall'**Amministratore**, che sarà a disposizione del **Contraente** o dell'**Assicurato** per tutta la durata della **Polizza**, allo scopo di rispondere alle domande che il **Contraente** o l'**Assicurato** possano avere sulla presente **Polizza** e gestire le richieste di risarcimento dell'**Assicurato**.

Nel caso in cui il **Contraente** o l'**Assicurato** soffrano di qualsivoglia disabilità che rende difficile la comunicazione, invitiamo a informare l'**Amministratore**, che sarà lieto di offrire il proprio aiuto.

Nel caso in cui il **Contraente** o l'**Assicurato** desiderino discutere la presente **Polizza Generale**, o l'**Assicurato** intenda presentare una richiesta di risarcimento o avere informazioni in merito a una richiesta di risarcimento inoltrata, il **Contraente** o l'**Assicurato** potranno contattare l'**Amministratore**, ai seguenti recapiti:

E-mail	Telefono
DOMANDE DI CARATTERE GENERALE contact@qover.com	DOMANDE DI CARATTERE GENERALE
RICHIESTE DI RISARCIMENTO http://deliveroo.qover.com	+39 090 9100567 dalle 9:00 alle 16:00
Attraverso il nostro sito web www.qover.com	Per posta QOVER SA/NV Rue des Palais, 44-1030 Bruxelles - Belgio

Tutte le comunicazioni con il **Contraente** o con l'**Assicurato** si svolgeranno in italiano o inglese, come scelto dal **Contraente** o dall'**Assicurato**. Si invita ad utilizzare la posta elettronica, ove possibile, per contattare l'**Amministratore**.

Criteria di ammissibilità

L'**Assicurato** è considerato ammissibile per la copertura della presente **Polizza Generale** se:

- ha meno di 70 anni di età; e
- è legalmente residente e autorizzato a lavorare nel paese in cui opera secondo le Appendici; e
- è titolare di un Contratto da Rider valido con il **Titolare della Polizza Generale** e/o alle sue **Società Affiliate** per effettuare le consegne.

Il sostituto è ammissibile per la copertura ai sensi della presente **Polizza Generale**, ed è, quindi, ritenuto un **Assicurato**, se è stato approvato da un **Assicurato** e soddisfa i requisiti di un Contratto da Rider valido previgente.

Oggetto della copertura

I. Morte Accidentale, Invalidità Permanente e Temporanea

La **Compagnia Assicurativa** pagherà l'importo indicato nel seguente Prospetto degli Indennizzi se l'**Assicurato** subisce una **Lesione Personale** dovuta a un **Infortunio** occorso durante il **Periodo di Operatività** che comporta **Lesioni Personali**.

PROSPETTO DEGLI INDENNIZZI

Descrizione dell'evento	Importo dell'indennizzo
Decesso Accidentale	EURO 50 000
Funerale	EURO 3 000
Perdita della vista da un occhio	EURO 12 500
Perdita della vista da entrambi gli occhi	EURO 25 000
Perdita di un arto	EURO 25 000
Invalidità Totale Permanente	EURO 50 000
Invalidità Totale Temporanea da Lesione Personale dovuta ad Infortunio	<p>75% del Reddito Lordo Giornaliero Medio dell'Assicurato (da parte del Titolare della Polizza Generale e/o alle sue Società Affiliate) o 50 euro al giorno (se inferiore) per un massimo di 30 giorni dalla data della Lesione Personale.</p> <p>Se l'Assicurato ha sottoscritto con il Titolare della Polizza e/o alle sue Società Affiliate Generale un contratto di durata inferiore ai 60 giorni alla data delle Lesioni Personali, l'importo massimo corrisposto sarà di 25 euro al giorno fino ad un massimo di 150 euro dalla data della Lesione Personale.</p> <p>Se l'Assicurato è un sostituto alla data della Lesione Personale, verrà corrisposto l'importo di 25 euro sino ad un limite di 6 giorni dalla data della Lesione Personale.</p> <p>Periodo di carenza: 7 giorni</p>

Tetraplegia	EURO 50 000
Paraplegia	EURO 50 000
Perdita di udito da entrambe le orecchie	EURO 25 000
Perdita di udito da un orecchio	EURO 6 250
Permanente e grave difficoltà nella parola	EURO 25 000
Perdita dell'uso di spalla o gomito	EURO 12 500
Perdita dell'uso di anca, polso, ginocchio o caviglia	EURO 7 500
Perdita dell'uso dell'intera mandibola	EURO 11 250
Perdita di uso del rene	EURO 7 500

Non cumulabilità degli indennizzi tra le prestazioni in caso di decesso per infortunio e le prestazioni in caso d'invalidità permanente:

Gli indennizzi previsti per il caso di decesso e quelli previsti a fronte dell'invalidità permanente derivante da perdita di funzionalità (totale o parziale) secondo la tabella di cui sopra non possono essere cumulati.

Se l'**Assicurato** ha già ricevuto, per l'evento assicurato, un indennizzo per invalidità totale permanente o perdita permanente di funzionalità, l'indennizzo previsto per il caso di decesso verrà corrisposto al netto degli indennizzi già ricevuti.

Condizioni preesistenti:

Nessun indennizzo verrà corrisposto in relazione a condizioni preesistenti al momento della decorrenza della presente polizza o prima che sia stato sottoscritto un valido Contratto da Rider con il **Titolare della Polizza Generale** e/o alle sue **Società Affiliate**.

Modalità di corresponsione dell'Indennizzo all'Assicurato:

L'indennizzo è corrisposto in un'unica soluzione e sarà pagato come segue:

Decesso accidentale

Se durante il **Periodo di Operatività** un **Assicurato** è coinvolto in un **Infortunio** che comporta il decesso come conseguenza diretta dell'**Infortunio** entro 12 mesi dalla data di tale **Infortunio**, la **Compagnia Assicurativa** verserà l'indennizzo in un'unica soluzione come mostrato nell'allegato Prospetto degli Indennizzi.

- Ogni indennizzo per Decesso Accidentale sarà versato ai beneficiari dell'**Assicurato** non appena possibile dopo la data della dichiarazione di decesso o al ricevimento dei documenti richiesti.
- In caso di scomparsa di un **Assicurato**, senza rinvenimento del corpo entro 12 mesi da tale evento e dopo che tutte le prove disponibili sono esaminate, vi è ragione di credere che l'Assicurato sia deceduto a causa di **Lesione Personale**, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà l'indennizzo per Decesso Accidentale ai sensi della

presente **Polizza Generale**. Se l'**Assicurato** viene ritrovato in vita dopo che la **Compagnia Assicurativa** ha corrisposto l'indennizzo, i, l'importo corrisposto dovrà essere restituito alla **Compagnia Assicurativa**.

- In caso di valido risarcimento per Decesso Accidentale rimborsabile nell'ambito di questa polizza, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà un supplemento addizionale come compenso per Funerale per l'importo indicato nel Prospetto degli Indennizzi ai **Beneficiari** dell'**Assicurato**.

Invalità permanente e perdita di uso

Se durante il **Periodo di Operatività** un **Assicurato** è coinvolto in un **Infortunio** e ne riporta **Lesioni Personali** che comportano un'**Invalità Totale Permanente** entro 12 mesi dalla data di tale **Infortunio**, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà all'**Assicurato** gli importi esposti nel Prospetto degli Indennizzi, dopo che un **Medico Qualificato** nominato dalla **Compagnia Assicurativa** avrà analizzato e approvato la decisione del **Medico Qualificato** nominato dall'**Assicurato**.

Le prestazioni elencate corrispondono al 100% del danno. Se un **Assicurato** ha un **Infortunio** e subisce solo un danno parziale, viene corrisposta solo una percentuale dell'importo totale.

Nessun indennizzo sarà concesso per qualsiasi invalidità parziale pre-esistente o **Condizione** dell'**Assicurato pre-esistente** all'**Infortunio** coperto. In caso di arti o organi che evidenziavano parziale invalidità prima dell'**Infortunio**, l'indennizzo sarà basato sulla differenza nella condizione di invalidità dell'arto o organo prima e dopo l'**Infortunio** coperto.

Invalità Totale Temporanea da Lesione Corporea dovuta a un Infortunio

Con riserva del termine d'attesa, la prestazione d'invalidità totale temporanea indicata nell'elenco delle prestazioni viene corrisposta all'assicurato per un periodo complessivo non superiore a 30 giorni a partire dalla data della **Lesione Personale**. Qualora lo ritenessimo opportuno o in caso di dubbio, potremmo nominare un **Medico Qualificato** per analizzare e concordare la decisione del **Medico Qualificato** nominato dall'**Assicurato**.

Il **Reddito Lordo Giornaliero** sarà calcolato sulla base dei 60 giorni precedenti l'**Infortunio**.

Se la **persona assicurata** è sotto contratto con Deliveroo per meno di 60 giorni alla data dell'**Infortunio**, sarà corrisposto un importo di 25 euro al giorno fino ad un massimo di 150 euro.

Al sostituto verrà sempre corrisposto un importo di 25 euro al giorno fino a un massimo di 150 euro per un massimo di 6 giorni.

L'indennizzo per Invalidità Totale Temporanea a causa di una **Lesione Personale** verrà corrisposto fino a quando l'**Assicurato** sarà giudicato in grado di riprendere il **Lavoro** dal punto di vista medico. Sarà corrisposto un importo massimo per 30 giorni in totale per ogni richiesta di risarcimento, non necessariamente consecutiva.

Periodo di carenza

Quando l'**Assicurato** non è in grado di compiere il proprio **Lavoro** a causa di una **Lesione Personale** per 7 giorni consecutivi, all'**Assicurato** verrà corrisposto l'indennizzo esposto nel Prospetto degli Indennizzi per l'Invalidità Totale Temporanea derivante da **Lesione Personale**.

2. Spese mediche coperte relative a Lesione Personale causata da Infortunio

La **Compagnia Assicurativa** indennizzerà l'**Assicurato** per i costi sostenuti, a seguito di una **Lesione Personale**, relativamente a cure mediche, trattamenti diagnostici o chirurgici o curativi richiesti, eseguiti o prescritti da un **Medico Qualificato** fino all'importo massimo di indennizzo previsto per ogni **Assicurato** per **Periodo di Assicurazione**.

La **Compagnia di Assicurazione** risponderà inoltre per le spese ospedaliere, le spese mediche o le medicine prescritte o la chirurgia plastica protesica e necessaria dal punto di vista medico, la protesi, fino all'importo massimo di indennizzo previsto per ogni **Assicurato** per **Periodo di Assicurazione**.

Il massimo compenso pagabile per tutte le richieste di spese mediche per ciascuna persona assicurata per la copertura di cui sopra è di euro 7.500 per le spese direttamente connesse a un infortunio assicurato entro 12 mesi dalla data dell'infortunio e nel complesso per tutti gli incidenti avvenuti durante un anno di **Polizza Generale**.

La presente assicurazione si applicherà solo per la quota eccedente al rimborso da parte di altre polizze assicurative simili stipulate dagli assicurati e/o ai rimborsi da parte di qualsiasi regime di previdenza sociale (Fondo sanitario).

3. Indennizzo di convalida

La **Compagnia Assicurativa** corrisponderà sino a 20 euro al giorno fino a un massimo di 280 euro, nel caso in cui l'**Assicurato** sia ricoverato in seguito a **Lesione Personale** (solo dopo un ricovero ospedaliero minimo di 24 ore) dovuta a un **Infortunio** o su consiglio o richiesta di un **Medico Qualificato**.

4. Compenso per cicatrici al viso causate solo da Aggressione.

Nel caso in cui un **Assicurato** riporti una cicatrice permanente e visibile al viso in seguito ad **Aggressione**, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà all'**Assicurato** l'importo di seguito specificato in base all'entità della cicatrice determinata da un **Medico Qualificato**.

Una cicatrice sul viso che sia:

- a) da 3 a 9 centimetri di lunghezza o di area (in centimetri quadrati) - 250 euro
- b) oltre 10 centimetri di lunghezza o di area (in centimetri quadrati) - 500 euro

Sino ad un importo massimo di 750 euro per più cicatrici sul viso.

5. Dislocazione che richiede la riduzione in Anestesia

Se a seguito di una **Lesione Personale** l'**Assicurato** necessita riduzione in anestesia, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà all'**Assicurato** l'importo di seguito specificato:

- a) Anca: EURO 500
- b) Ginocchio: EURO 300
- c) Polso o gomito: EURO 200
- d) Caviglia, scapola o clavicola: EURO 100
- e) Dito (a), dito (a) del piede o mandibola: EURO 50

6. Indennizzo per spese dentistiche

Se l'**Assicurato** riporta danni dentistici a seguito di una **Lesione Corporeale**, la **Compagnia Assicurativa** corrisponderà sino ad un massimo di euro 2 000 in ogni **Periodo di Assicurazione** per i costi sostenuti da parte dell'**Assicurato** per trattamento permanente o temporaneo che richieda la riduzione del dolore, in conseguenza di danni ai denti.

L'importo massimo di 2 000 EUR per le spese sopra descritte deve essere riferito a un infortunio assicurato entro 12 mesi dalla data dell'infortunio e, in totale, per tutti gli infortuni subiti durante il **Periodo di assicurazione**.

Nel caso di più sinistri durante ogni **Periodo di Assicurazione**, ogni importo pagato verrà detratto dal massimale di indennizzo di 2 000 euro fino a ad esaurimento. Oltre questa cifra, gli eventuali costi dovranno essere a carico dell'**Assicurato**.

7. Ricovero ospedaliero a causa di Infortunio

La **Compagnia Assicurativa** corrisponderà 50 euro per 24 ore complete, nel caso in cui un **Assicurato** rimanga ricoverato in ospedale a causa di **Lesione Personale**, sino a un massimo di 60 notti e sino a 3 000 euro.

Tutti i compensi di cui sopra ai sensi del paragrafo 2 - 7 sono pagati in aggiunta ad ogni altro importo pagato a fronte di altri indennizzi previsti da questa **Polizza Generale**.

Esclusioni

Importante

Per la copertura del sostituto, il Rider deve rispondere ai seguenti criteri:

- Fornire una prova dell'esistenza di un contratto di collaborazione fra il Rider e il suo sostituto
- Fornire una prova che il sostituto è autorizzato a lavorare
- Fornire una prova che il Rider ha chiesto al suo sostituto di lavorare un giorno specifico (per esempio, una mail, un contratto o un SMS con data)
- Fornire una prova di pagamento fra il Rider e il suo sostituto, e qualsiasi pagamento previo.

Se il Rider non risponde alle condizioni di cui sopra, rifiuteremo di coprire il sostituto.

La Compagnia Assicurativa non copre le richieste di risarcimento o indennizzi a fronte di:

- Lesioni Personali** che si verificano al di fuori del Periodo di Operatività;
- Lesioni Personali** causate da o a cui hanno contribuito atti deliberati, suicidio, tentato suicidio o autolesionismo;
- un **Infortunio** che, direttamente o indirettamente deriva da:
 - Guerra, Sciopero, **Sommossa** e **Guerra Civile**,
 - impegno attivo dell'**Assicurato** in **Azioni di Guerra**,
 - Rischi nucleari**;
- Lesioni Personali** che si verificano quando il livello di alcol nel sangue dell'**Assicurato** supera il limite di 50 mg per 100 ml di sangue; quando l'**Assicurato** assume farmaci diversi da quelli previsti da una prescrizione legale; se la **Compagnia Assicurativa** è in grado di provare che esiste un nesso causale con l'**Infortunio**
- Lesioni Personali** che si verificano a causa di atto di violenza dell'**Assicurato** se lui/lei ha preso parte attivamente alla manifestazione in questione, senza prendere tutte le precauzioni necessarie per evitare l'**Infortunio** e le conseguenze;
- Lesioni Personali** che si verificano a seguito di atti sconsiderati tranne in caso di tentativo di salvare una vita umana, un bene o un interesse legittimo;
- Spese di viaggio sostenute al fine di cercare un trattamento medico a seguito di **lesioni personali**.
- Spese dentistiche sostenute dall'**Assicurato** per la valorizzazione estetica dei denti a seguito di lesioni personali, ed eventuali costi dentistici non necessari per alleviare il dolore.

Disposizioni generali

Come inoltrare una richiesta di risarcimento

Al fine di presentare una richiesta di risarcimento in seguito a **Lesioni Personali**, l'**Assicurato** o i Beneficiari in caso di decesso della persona assicurata forniscono tutti i documenti che ci permetteranno di stabilire il diritto dell'**Assicurato** ad un compenso o indennizzo. L'**Assicurato** si impegna a chiedere al proprio **Medico Qualificato** di fornire tutte le informazioni riguardanti la propria condizione di salute.

La **Compagnia Assicurativa** si riserva il diritto di verificare le dichiarazioni inviateci e le risposte fornite alle nostre domande. Il nostro consulente medico può aiutare l'**Assicurato** a richiedere una visita medica da parte di un **Medico Nominato** da lui. I costi per questo esame saranno a carico della **Compagnia Assicurativa**.

Elemento che l'**Assicurato** deve tenere a mente al momento della richiesta di risarcimento:

- A. Consultare un **Medico Qualificato** il più presto possibile.
- B. Fornire alla **Compagnia Assicurativa** il permesso per visionare le cartelle cliniche del caso specifico come stabilito in ogni normativa in materia.
- C. Fornire alla **Compagnia Assicurativa** e/o all'**Amministratore** la prova richiesta per stabilire le circostanze della **Lesione Personale** e contribuire ad ottenere dichiarazioni dei testimoni o altre relazioni - tra cui i dati di tracciatura di Deliveroo al momento dell'**Infortunio**.
- D. Fornire assistenza e collaborare con la **Compagnia Assicurativa** o con l'**Amministratore** per l'ottenimento di eventuali supplementari cartelle cliniche e qualsiasi altro dato richiesto dalla **Compagnia Assicurativa** o dall'**Amministratore** per valutare la richiesta. Se l'**Assicurato** non ottempera a tali richieste, la **Compagnia Assicurativa** non sarà tenuta al soddisfacimento della richiesta di risarcimento.
- E. Occorre accettare di essere esaminati da qualsiasi consulente medico nominato dalla **Compagnia Assicurativa**, tutte le volte che lo riteniamo necessario per la richiesta di risarcimento. La **Compagnia Assicurativa** pagherà per qualsiasi esame.
- F. Per tutto il periodo della richiesta di risarcimento inoltrata ai sensi del presente contratto, la **Compagnia Assicurativa** avrà bisogno che l'**Assicurato** ci fornisca la prova della sua invalidità compilando un modulo di continuazione di richiesta di risarcimento mensile e fornendo la documentazione di un **Medico Qualificato** che determini che l'**Assicurato** non è in grado di lavorare. Accetteremo questa forma di documentazione solo per singoli periodi inferiori a un mese. Per periodi più lunghi rispetto a questo, la **Compagnia Assicurativa** necessiterà un referto medico scritto dettagliato con elementi di prova da parte del **Medico Qualificato** che spieghino il motivo per cui l'**Assicurato** necessita di un periodo di invalidità più lungo.
- G. L'**Assicurato** non avrà diritto ad alcun compenso per un periodo di incapacità di cui non fornisce prova. Se un compenso è già stato pagato, l'**Assicurato** sarà tenuto a rimborsare qualsiasi importo cui non ha diritto.
- H. In caso di **Aggressione**, l'**Assicurato** dovrà fornire, a proprie spese, una copia del rapporto della polizia e gli estremi identificativi del reato.
- I. La **Persona Assicurata** deve accettare che le sue informazioni personali, referto medico compreso, siano condivise con tutte le parti implicate nella gestione del reclamo (Noi compresi). È anche possibile che condividiamo queste informazioni con il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**.

Notifica

L'**Assicurato** deve fornirci notifica della lesione personale entro 10 giorni o nel più breve tempo possibile. In caso di decesso, il **Medico Qualificato** che certifica il decesso può inviare il certificato di morte al gestore del risarcimento entro 10 giorni.

Certificati medici

Entro 10 giorni dall'inizio della invalidità al **Lavoro**, o non appena è ragionevolmente possibile, è necessario inviarci un certificato delle prime osservazioni del Medico Qualificato dell'**Assicurato**.

Tutti i certificati medici relativi a **Lesioni Personali**, trattamento, stato attuale o precedente dell'**Assicurato**, nonché ogni altra informazione richiesta dalla **Compagnia Assicurativa**, deve anch'essa essere fornita entro 10 giorni, o il più velocemente possibile.

La decisione medica

Nel caso in cui un Assicurato non sia d'accordo con una decisione medica questo deve esserci segnalato entro 15 giorni dalla notifica della decisione. La controversia sarà presentata in contraddittorio con un gruppo di minimo di due medici esperti, designati uno per parte.

Se questo comitato medico non raggiunge un accordo, i medici designano, di comune accordo, un altro medico esperto il cui ruolo è di fornire una risposta decisiva. Se il comitato medico non riesce a nominare un medico esperto di comune accordo, la designazione sarà eseguita dal Tribunale di primo grado nello stato del Belgio in appello del querelante.

Ciascuna parte sostiene i costi del proprio **Medico Qualificato**; il costo del medico esperto arbitro è sostenuta da tutte le parti coinvolte in parti uguali. Lo stesso principio si applica per le spese di qualsiasi esperto cui essi fanno appello.

Misure in caso di mancato rispetto degli obblighi in caso di sinistro

In caso di mancato rispetto degli obblighi in caso di richiesta di risarcimento, la **Compagnia Assicurativa** potrà ridurre l'indennizzo o beneficio o recuperarlo, se esso è stato pagato nella misura in cui la **Compagnia Assicurativa** ha subito un danno. Se tale violazione deriva da un intento fraudolento, la **Compagnia Assicurativa** potrà rifiutare qualsiasi intervento o recuperare l'indennizzo o beneficio già pagato.

Se la **Compagnia Assicurativa** stabilisce che l'**Assicurato** ha deliberatamente o incautamente fornito informazioni false o fuorvianti in relazione a qualsiasi richiesta di risarcimento, la **Compagnia Assicurativa** potrà rifiutare di pagare tale sinistro e recuperare qualsiasi indennizzo già pagato e annullare questa assicurazione in relazione a tale **Assicurato**, dalla data in cui tale informazioni false erano state fornite.

Reclami

Il nostro obiettivo è di fornire sempre al **Contraente** e all'**Assicurato** un servizio di alta qualità, anche se la **Compagnia Assicurativa** comprende che ci possono essere casi in cui il **Contraente** o l'**Assicurato** possano ritenere opportuno presentare un reclamo.

Si prega di seguire la seguente procedura se il **Contraente** o l'**Assicurato** intendono presentare reclamo.

Eventuali reclami devono essere indirizzati in prima istanza a:

XL Catlin Services SE a nome di XL Insurance Company SE, Uitbreidingstraat 10-16, 2600 Berchem, Belgio

XL Insurance Company SE, darà riscontro della ricezione del reclamo, per iscritto, al più presto possibile..

XL Insurance Company SE, avrà lo scopo di fornire al **Contraente** la sua decisione sul reclamo, per iscritto, entro 8 settimane dal ricevimento del reclamo.

Nel caso in cui il **Contraente** o l'**Assicurato** siano insoddisfatti della risposta finale di cui sopra o se voi o la persona assicurata non avete ricevuto una risposta definitiva entro otto settimane dal reclamo, voi o la persona assicurata potete essere ammessi ad adire il Mediatore assicurativo in Belgio. I dati di contatto sono i seguenti:

Insurance Ombudsman (Ombudsdienst Verzekeringen/Ombudsman des assurances)
de Meeussquare 35
1000 Brussels
Belgium

Telefono:: +32.2.547.58.71
Fax: +32.2.547.59.75
Email: info@ombudsman.as
Sito web: Ombudsman van de Verzekeringen

Il trattamento dei reclami di cui sopra non pregiudicano il diritto del **Contraente** o dell'**Assicurato** di avviare procedimenti giudiziari

Sanzioni

La **Compagnia Assicurativa** non sarà responsabile di fornire una copertura né di pagare alcuna richiesta di risarcimento o fornire alcun indennizzo; nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale richiesta di risarcimento o la fornitura di tale indennizzo ci esponga a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali, economiche, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America..

Protezione dei dati

Useremo le informazioni del **Contraente** e dell'**Assicurato Polizza Generale** solo per amministrare questa e gestire qualsiasi richiesta di indennizzo. **Possiamo** trasmettere le informazioni del **Contraente** o dell'**Assicurato** ad altri soggetti che agiscono per nostro conto a questi fini sia all'interno che all'esterno dello Spazio economico europeo ("SEE").

Possiamo altresì condividere le informazioni del **Contraente** o dell'**Assicurato** con altri assicuratori, enti di regolamentazione, agenzie di prevenzione delle frodi o altre parti ammesse ovvero richieste dalla legge.

Le leggi sulla protezione dei dati al di fuori dello SEE, potrebbero non essere estese come quelle all'interno dello stesso e la Compagnia Assicurativa prenderà misure ragionevoli per assicurare che i dati del **Contraente** o quelli dell'**Assicurato** siano sempre protetti in conformità con le norme dello SEE.

La **Compagnia Assicurativa** adotterà misure ragionevoli per assicurarci che le informazioni detenute sono accurate e usate e mantenute solo per il tempo necessario. Il **Contraente** o l'**Assicurato** hanno il diritto di accedere o correggere i propri dati personali. Il **Contraente** o l'**Assicurato** possono fare ciò inviando una richiesta scritta alla XL Insurance Company SE, Uitbreidingstraat 10-16, 2600 Berchem, Belgio.

Modifiche apportate da noi

La **Compagnia Assicurativa** potrebbe modificare i dettagli non essenziali in queste Condizioni Generali di contratto e/o il Prospetto della **Polizza Generale** in qualsiasi momento, dando al **Contraente** preavviso scritto di almeno 30 giorni.

Se il **Contraente** rifiuta o non può accettare le modifiche proposte delle condizioni, ha il diritto di recedere dalla presente polizza di assicurazione entro un periodo di 30 giorni dalla data in cui la notifica scritta è stata da noi inviata.

Se la copertura fornita al **Contraente** per conto degli **Assicurati** è cambiata a causa di emendamenti legislativi o regolamentari che esulano dal nostro controllo, la **Compagnia Assicurativa** potrebbe non essere in grado di garantire un preavviso di 30 giorni.

L'**Assicurato** non ha diritto di recesso ai sensi della presente polizza assicurativa.

Legislazione e foro competente

Resta inteso che questa assicurazione è disciplinata esclusivamente dalla legge e pratica del Belgio, e le eventuali controversie derivanti, da o in connessione con la copertura assicurativa dovranno essere esclusivamente soggette alla giurisdizione di qualsiasi tribunale competente in Belgio.

Definizioni

AGGRESSIONE

Aggressione indica un danno intenzionale non provocato inflitto all'**Assicurato** o una minaccia non provocata di danni fisici abbinata a un'apparente capacità di causare danni all'**Assicurato** durante il **Periodo di Operatività** e che include, ma senza essere a ciò limitata, l'essere spruzzati con un liquido corrosivo e che richiede l'attenzione di un **Medico Qualificato** o di un ospedale e deve essere suffragata da un rapporto di polizia o un numero di riferimento del reato.

AMMINISTRATORE

QOVER SA/NV - RPM 0650.939.878 - FSMA 115284A. Sede legale e operativa: Rue des Palais 44 – 1030 Bruxelles – Belgio

ASSICURATO

La persona che ha un contratto con il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate** per mezzo di un valido Contratto da Rider ed è in grado di accedere all'App di Deliveroo, fornita dal **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**. Il sostituto è una persona approvata dall'**Assicurato**, che effettua consegne Deliveroo per conto dell'**Assicurato** e soddisfa i criteri di un Contratto da Rider valido della persona dell'**Assicurato**.

AZIONI DI GUERRA

Indica la partecipazione attiva in azioni di guerra da parte di un **Assicurato**, dove lui/lei è considerata sottoposta alle istruzioni di o impiegato dalle forze armate di qualsiasi paese.

BENEFICIARIO

La persona o organismo designati da parte dell'**Assicurato** nella presente polizza per aver titolo diritto a ricevere gli indennizzi correlati al decesso dell'**Assicurato**. In assenza di una persona o organismo designato, gli indennizzi correlati al decesso dell'**Assicurato** saranno versati agli eredi legittimi fino al terzo grado.

CONDIZIONI PRE-ESISTENTI

Indica qualsiasi condizione, infortunio, malattia o condizione correlata e/o sintomi associati, siano o meno diagnosticati, di cui l'**Assicurato** ha sofferto prima dell'inizio di questa assicurazione e:

- a) è nota o dovrebbe ragionevolmente essere conosciuta dall'**Assicurato**; o
- b) l'**Assicurato** aveva visto, o preso accordi per vedere, un **Medico Qualificato** a questo proposito.

Questo non include qualsiasi **Condizione Pre-esistente** per cui l'**Assicurato** sia stato senza trattamento e senza sintomi per un minimo di 12 mesi.

COMPAGNIA ASSICURATIVA/NOI/CI/NOSTRA/O/II/E

Significa XL Catlin Services SE a nome di XL Insurance Company SE.

CONVALESCENZA

Indica il tempo per recuperare dopo un trattamento ospedaliero e su ordine di un **Medico Qualificato**.

DEGENTE

Indica un **Assicurato** che ha attraversato l'intera procedura di ammissione in ospedale e per il quale è stata aperta una cartella clinica e la cui ammissione è necessaria per le cure e i trattamenti medici a causa di **Lesioni Personali**.

DIFFICOLTÀ DI PAROLA

Indica la perdita permanente, totale e irreversibile della capacità di parlare.

GUERRA

Indica guerra, attività simili a guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (se guerra dichiarata o no), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, potere militare o colpo di stato, sommossa o insurrezione civile che assumano le proporzioni di o pari a, una rivolta, potere militare o colpo di stato. Le attività di guerra comprendono tutti gli atti che prevedano la partecipazione ovvero il sostegno attivo dei partecipanti alle ostilità

INFORTUNIO

Indica un evento improvviso, imprevisto e inaspettato, che è esterno, violento e visibile sul corpo, che si verifica in un momento identificabile e nel corso del **Periodo di Operatività** e del **Periodo di Assicurazione**.

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

Indica un'invalidità permanente, totale ed irrecuperabile che impedisce totalmente all'**Assicurato** di svolgere qualsiasi **Lavoro** per il quale sarebbe adatto in ragione di istruzione, formazione o esperienza e che con ogni probabilità continuerà per il resto della vita naturale, come determinato da un **Medico Qualificato**.

LAVORO

Si intende l'**Assicurato** che dispone di contratto con il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate** ed è disponibile ad accettare e intraprendere richieste di consegna tramite l'applicazione fornita dal **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**.

Significa che il sostituto accetta di essere validamente e legalmente indicato nel contratto dell'**Assicurato** ed è disponibile ad accettare e intraprendere richieste di consegna tramite l'applicazione fornita dal **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**.

LESIONE PERSONALE

Indica lesioni personali identificabili, causate da un **Infortunio** indipendentemente da qualsiasi altra causa, (ad eccezione di trattamento medico o chirurgico reso necessario da tale infortunio), che provoca la morte o invalidità dell'**Assicurato** entro dodici mesi dalla data dell'**Infortunio**.

MEDICO QUALIFICATO

Indica un medico qualificato che si è registrato presso le autorità locali e dispone della licenza per esercitare la professione medica nel paese di copertura. Questi non può essere l'**Assicurato**, qualunque persona correlata all'**Assicurato** e/o che viva insieme all'**Assicurato**.

PARAPLEGIA

Indica paralisi permanente, totale ed irreversibile di entrambe le gambe sotto l'anca, la vescica e il retto.

PERDITA DELL'UDITO

Indica la perdita permanente, totale e irreversibile dell'udito con la conseguenza che l'**Assicurato** risulti non udente da una o due orecchie.

PERDITA DI UN ARTO

Indica il caso in cui, relativamente a una gamba o arto inferiore si verifichi:

- a) perdita per scomparsa fisica permanente a o sopra la caviglia; o
- b) perdita permanente, totale e irreversibile dell'uso di una gamba o piede completo.

Nel caso di un braccio o arto superiore:

- a) perdita per rottura fisica permanente delle quattro dita in corrispondenza o al di sopra delle articolazioni metacarpo-falangea (dove le dita si uniscono al palmo della mano); o
- b) perdita permanente, totale ed irreversibile dell'uso di un braccio completo o della mano.

PERDITA DELLA VISTA

Indica la perdita fisica permanente, totale ed irreversibile di uno o entrambi gli occhi o la perdita permanente, totale ed irrecuperabile di una parte sostanziale della vista di uno o entrambi gli occhi. Considereremo perdita della vista sostanziale se la perdita della vista rimanente in un occhio è valutata a 3/60 o meno sulla scala Snellen dopo la correzione con occhiali o lenti a contatto. (A 3/60 sulla scala Snellen una persona può vedere a 1 metro qualcosa che una persona che non ha subito la perdita della vista dovrebbe essere in grado di vedere a 18 metri).

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Indica le date specificate nel Prospetto della Polizza Generale in cui gli indennizzi assicurativi concordati nell'ambito della **Polizza Generale** in vigore tra il **Titolare della Polizza Generale** e la **Compagnia Assicurativa**.

PERIODO DI OPERATIVITÀ

Indica il periodo che decorre dal momento in cui l'**Assicurato** ha effettuato l'accesso all'App del **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate** e fino a un'ora successiva durante il **Periodo di Assicurazione** indicato nel Prospetto della Polizza Generale, o la data a partire dalla quale l'**Assicurato** contrae con il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate** a seconda di qual è la successiva, fino alla data di scadenza del **Periodo di Assicurazione** indicata nel Prospetto di Polizza Generale o la data di risoluzione del contratto dell'**Assicurato** con il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**, a seconda di quale si verifica per prima.

POLIZZA GENERALE

La combinazione di questo documento Polizza Generale (titolato 'Copertura Collettiva per Infortunio Personale Polizza Generale'), l'allegato della Polizza Generale (titolato 'Master Policy - Group Accident Insurance') e qualsiasi emendamento al presente regolamento.

REDDITO LORDO GIORNALIERO

Indica l'ammontare che l'Assicurato riceve dal **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**, ogni giorno per le consegne completate.

RISCHI NUCLEARI

Mezzi di radiazioni ionizzanti o contaminazione da radioattività da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi rifiuto nucleare dalla combustione di combustibile nucleare o di esplosivi tossici radioattivi o altre proprietà pericolose di qualsiasi complesso nucleare esplosivo o suo componente nucleare.

SOCIETÀ AFFILIATE

Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l., Roofoods Spain SL, Deliveroo Ireland Limited

TETRAPLEGIA

Indica paralisi permanente, totale ed irrecuperabile di entrambe le braccia sotto la spalla e entrambe le gambe sotto l'anca.

TITOLARE DELLA POLIZZA GENERALE

Indica il **Titolare della Polizza Generale** e/o le sue **Società Affiliate**, identificato come Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l., Roofoods Spain SL, Deliveroo Ireland Limited nell'Allegato alla Polizza Principale, che ha stipulato il contratto e ha versato all'assicuratore l'intero importo del premio.

Gli obblighi derivanti dal contratto sono a carico del contraente, salvo quelli che per loro natura devono essere adempiuti dall'Assicurato. Le prestazioni derivanti dal contratto di assicurazione sono corrisposte all'Assicurato.

Si precisa espressamente che l'obbligo di pagamento del premio è a carico esclusivo del contraente principale

Comunicazione di equo trattamento

Questa informativa sulla privacy descrive come XL Insurance Company SE (ai fini del presente avviso “noi”, “ci” o la “Compagnia Assicurativa”) raccoglie e utilizzare le informazioni personali degli assicurati, ricorrenti e altri soggetti (ai fini della presente comunicazione “lei”) quando formiamo i nostri servizi di assicurazione e riassicurazione.

Le informazioni fornite alla Compagnia Assicurativa, comprese le informazioni mediche e tutte le altre informazioni ottenute da Lei o da altre parti su di Lei in relazione a questa polizza, verranno utilizzate dalla Compagnia Assicurativa ai fini della determinazione dell'applicazione dell'operazione di assicurazione (che comprende il processo di sottoscrizione, amministrazione, gestione dei sinistri, analisi rilevanti per assicurazione, riabilitazione e gestione di problemi del cliente) e prevenzione e individuazione delle frodi. Potremmo essere obbligati per legge a raccogliere alcune informazioni personali su di Lei, o in conseguenza di qualsiasi rapporto contrattuale che abbiamo con Lei. Il mancato conferimento di tali informazioni può prevenire o ritardare l'adempimento di tali obblighi.

Le informazioni saranno condivise dall'assicuratore per questi scopi con le società del gruppo e gli assicuratori di parti terze, riassicuratori, intermediari assicurativi e fornitori di servizi. Le parti possono diventare titolari del trattamento nei confronti dei propri dati personali. Poiché operiamo come parte di un business globale, potremmo trasferire le informazioni personali al di fuori dello Spazio economico europeo per questi scopi.

Godete di alcuni diritti per quanto riguarda le informazioni personali, che sono soggette alle leggi locali. Questi includono il diritto di richiedere accesso, rettifica, cancellazione, restrizione, obiezione e ricezione delle informazioni personali in un formato elettronico utilizzabile e di trasmetterlo a terzi (diritto alla portabilità).

In caso di domande o dubbi in merito al modo in cui sono utilizzati i vostri dati personali, preghiamo di contattare: compliance@xlcatlin.com.

Ci impegnamo a lavorare con voi per ottenere una giusta risoluzione a qualsiasi reclamo o problema di privacy. Se, tuttavia, ritenete che non siamo stati in grado di gestire la richiesta o problema, è vostro diritto presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati.

Per ulteriori informazioni su come trattiamo i dati personali, si prega di consultare la nostra informativa sulla privacy a: <http://xlgroupp.com/footer/privacy-and-cookies>.