

CONDIZIONI DI POLIZZA

SYCURA



FASCICOLO INFORMATIVO

SYCURA

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- ♦ **NOTA INFORMATIVA**
- ♦ **GLOSSARIO**
- ♦ **INFORMATIVA PRIVACY**
- ♦ **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

CARIGE ASSICURAZIONI s.p.a
Compagnia di Assicurazione facente
parte del Gruppo Banca Carige

pagina non utilizzabile

Nota Informativa per i Contratti di Assicurazione Danni "Rami Elementari" – Polizza Sycura

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

Il contratto è concluso con la società Carige Assicurazioni S.p.A., appartenente al gruppo Banca Carige, avente sede legale in: ITALIA - Viale Certosa n. 222 - 20156 Milano Tel. 02.3076.1 – Telefax. 02.3086.125 – www.carigeassicurazioni.it. La Società Carige Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93), iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00031.

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto della Società, ammonta a 143,10 milioni di euro, il capitale sociale ammonta a 162,90 milioni di euro, le riserve patrimoniali ammontano a 43,50 milioni di euro. L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 1,66 e sta ad indicare il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile ed il margine di solvibilità richiesto.

INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

DURATA DEL CONTRATTO

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio e cessano alle ore 24.00 del giorno indicato quale data di scadenza contrattuale.

COPERTURA ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La copertura offerta è estesa al rischio di morte, da qualunque causa determinata.

Vengono inoltre coperti i casi di:

- a) **Invalidità Permanente totale causata da infortunio per tutti i soggetti assicurati;**
- b) **Disoccupazione, per tutti i dipendenti del settore privato;**
- c) **Invalidità Permanente totale da malattia, se l'Assicurato sia non lavoratore;**
- d) **Inabilità Temporanea totale causata da infortunio o malattia se l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di Enti Pubblici;**
- e) **Decesso per Infortunio.**

- **Sezione A - Assicurazione per invalidità permanente totale da infortunio**

La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di Invalidità Permanente totale da infortunio, se la percentuale di I.P. è maggiore del 60%.

- **Sezione B - Assicurazione per disoccupazione**

La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo al sopraggiungere dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato di importo non superiore ad € 1.000,00 mensile.

- **Sezione C - Assicurazione per invalidità permanente totale da malattia**

La copertura garantisce la corresponsione di un indennizzo per il caso di Invalidità Permanente totale da malattia, se la percentuale di I.P. è maggiore del 60%.

- **Sezione D - Assicurazione per inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**

Nel caso di inabilità temporanea da infortunio o malattia, la Società corrisponde la somma assicurata conseguenza diretta di ricovero che abbia comportato una degenza minimo di giorni 20.

- **Sezione E - Decesso da infortunio**

La Società corrisponde un indennizzo assicurato, in caso di decesso dell'Assicurato provocato da infortunio avvenuto entro 12 mesi dalla data di accadimento dell'infortunio.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Per la copertura malattia sono previsti periodi di carenza contrattuali indicati in maniera specifica dall'Articolo 26, Articolo 30 e Articolo 36 delle Condizioni Contrattuali.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E/O ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio delle Condizioni Contrattuali.

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- 1) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- 2) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del

- danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- 3) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio che ne comporti un aggravamento o una diminuzione. La mancata comunicazione delle circostanze che determinano un aggravamento di rischio, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, secondo quanto previsto dall'Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, delle Condizioni contrattuali.

PREMI

L'Assicurato pagherà il premio mensilmente ad un tasso lordo pari allo 0,37% del debito residuo in qualunque modo accumulato. La Società si riserva il diritto di modificare, anche in senso sfavorevole all'Assicurato, il tasso di premio di cui sopra, dandone comunicazione alla Contraente e all'Assicurato con 30 giorni di preavviso.

Non è contemplata altra modalità di pagamento del premio mensile poiché il presente contratto è una polizza speciale che prevede come Aderente il singolo soggetto che ottiene il prestito dalle Società appartenenti al Gruppo Banca Carige. Nel presente contratto non ci sono costi a carico del Contraente; vengono riportati a seguire i costi a carico del debitore/Assicurato:

a) costi in percentuale del premio

è previsto un caricamento percentuale pari al 66% del premio.

Dall'ammontare complessivo dei suddetti costi fanno parte le spese di emissione del contratto.

La quota parte percepita in media dall'Intermediario è rappresentata dal 83% dei costi complessivi.

In valore assoluto, relativamente all'anno 2009, sui presenti contratti gli intermediari hanno percepito 25 mila Euro.

In caso di estinzione anticipata o di trasferimento del prestito la Società restituisce al debitore/Assicurato il premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

DIRITTO DI RECESSO

Ai sensi dell'Art. 177 del D. Lgs. 209/2005, l'Aderente può recedere entro trenta giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa secondo quanto previsto dall'Art. 8 – Facoltà di recesso.

TERMINE DI PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto dal primo comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 6 - Oneri dell'Assicurato in caso di sinistro, delle Condizioni Contrattuali.

LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 180 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente, sono pari al 2,5% del premio imponibile.

INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti ad inviare alla Società l'avviso scritto di sinistro, tramite A.R., da indirizzare al seguente indirizzo: CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. – Convenzione Creditis – via G. D'Annunzio 55/A 16129 Genova (GE).

RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, in caso di:

- mancata osservanza, da parte della Compagnia e/o dei suoi intermediari e/o dei periti fiduciari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi,
- liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari, per le quali si chiede l'attivazione della rete FIN-NET (risoluzioni extragiudiziali delle controversie),

gli assicurati e/o i danneggiati - sia persone fisiche che giuridiche - e le associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi dei consumatori possono presentare reclamo, **per iscritto**, inoltrato anche a mezzo fax o tramite e-mail, a Carige Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - fax 02/45402417 - e-mail reclami@carigeassicurazioni.it.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante. In quest'ultimo caso è **necessaria la controfirma del reclamante**, per consentire il trattamento di informazioni a carattere personale del soggetto nel cui interesse viene proposto il reclamo;
- identificazione del soggetto e della funzione aziendale di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo della lamentela.

Ogni documentazione utile o necessaria a sostegno della lamentela presentata, deve essere unita in allegato.

Il reclamo in prima battuta deve essere inviato all'Impresa, che è tenuta a riscontrare il reclamante **entro 45 giorni dal pervenimento del reclamo** in Società.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà presentare reclamo all'ISVAP, inoltrato in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto. L'ISVAP, effettuata la necessaria istruttoria, da notizia dell'esito della stessa entro 120 giorni dal ricevimento del reclamo.

Si ricorda che:

- In relazione alle **controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria**, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
- In caso di **liti transfrontaliere**, è possibile presentare reclamo **direttamente al sistema estero competente**, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto, individuabile accedendo al sito <http://www.ec.europa.eu/internalmarket/finservicesretail/indexen.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-ET, **oppure all'ISVAP**, che provvede lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

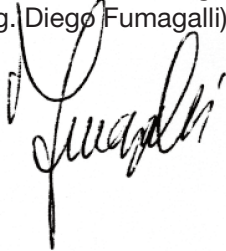
ARBITRATO

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Carige Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il rappresentante legale
L'Amministratore Delegato
(Rag. Diego Fumagalli)



pagina non utilizzabile

GLOSSARIO

Ai sottoelencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Aderente/Assicurato:

la persona fisica, intestatario del contratto di finanziamento, che ha aderito alla copertura sottoscrivendo la Dichiarazione di adesione e di buono stato di salute ed ha accettato di corrispondere il premio dovuto.

Beneficiario:

la Contraente; gli importi versati dall'Assicuratore alla Contraente verranno da quest'ultima conteggiati a credito dell'Assicurato al fine di estinguere o ridurre il suo debito.

Capitali assicurati:

la prestazione massima garantita, per ciascun Assicurato, nei casi di Decesso e Invalidità Permanente da Malattia o Infortunio che è fissata in euro 10.000,00 (diecimila/00); per le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Perdita d'impiego è fissata in euro 1.000,00 (mille/00) per indennità mensile.

Contraente:

Creditis Servizi Finanziari S.p.A., sede legale e Direzione in Genova via D'Annunzio 101, che stipula il contratto collettivo e paga il premio in nome e per conto degli Aderenti/Assicurati.

Copertura:

la copertura assicurativa concessa ad un Assicurato dalla Società ai sensi della presente polizza ed in forza della quale la Società è obbligata al pagamento dell'indennizzo a favore dell'Assicurato stesso al verificarsi di un sinistro.

Decorrenza dell'assicurazione:

la data dalla quale si intendono valide ed efficaci le prestazioni assicurative.

Dichiarazione di adesione:

il documento sottoscritto dal titolare del Finanziamento e contenente dichiarazioni rilevanti ai fini delle coperture.

Debito residuo:

l'ammontare complessivo del debito (comprensivo, ove rateizzato, dei relativi interessi e frazioni di premio maturati) conseguente all'utilizzo della linea revolving con o senza carta sino al momento del verificarsi del sinistro come risulta dal relativo Estratto Conto.

Disoccupazione:

lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente, qualora egli:

- abbia cessato, non volontariamente, la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione, di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali, che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o nelle liste di mobilità regionali o percepisca un'indennità derivante da Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Estratto Conto:

il dettaglio delle operazioni effettuate con la carta, incluse le operazioni effettuate da eventuali carte supplementari, delle spese accessorie ad esse collegate e dei relativi interessi riepilogati e inviati mensilmente all'Assicurato.

Inabilità Temporanea Totale:

la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa a seguito di infortunio o malattia.

Indennizzo:

la somma dovuta dalla Società all'Assicurato a seguito del verificarsi di un sinistro.

Infortunio:

l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Sono inoltre parificati agli infortuni:

- 1) asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) i colpi di sole o di calore;
- 6) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie;
- 7) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Permanente Totale:

la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo. L'invalidità permanente totale sarà riconosciuta, ai fini della presente polizza, quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia superiore al **60%** sulla base della documentazione ufficiale attestante tale invalidità (Tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n° 1124 denominata "Tabella della valutazione del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA", di cui all'Allegato A) della presente polizza. Si precisa che, in ogni caso, deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23.02.2000 n. 38 che abbiano sostituito la predetta tabella e/o certificati INPS, INAIL, ASL).

Lavoratore Autonomo:

la persona fisica che abbia presentato, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF), una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa) del D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in Società di persone, e continui a svolgere al momento della sottoscrizione della presente polizza e durante la vigenza del contratto di assicurazione le attività, o una delle attività, generative dei redditi di cui sopra. Sono inoltre considerati Lavoratori Autonomi i "Lavoratori a Progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi).

Lavoratore Dipendente di aziende private:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende private, in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato compresi i soci lavoratori di cooperative (Art. 47 comma 1 D.P.R. 22.12.1986 lett. a).

Lavoratore Dipendente di aziende pubbliche o statali:

la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di aziende pubbliche o statali.

Malattia:

l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Normale attività lavorativa:

l'attività retribuita, o comunque redditizia, svolta dall'Assicurato immediatamente prima del sinistro, ovvero una consimile attività retribuita, o comunque redditizia, tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato.

Non lavoratore:

la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo, Lavoratore Dipendente o Pensionato; sono considerati "non lavoratori" i dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o contratti di lavoro accessorio o occasionale e i dipendenti a tempo determinato.

Periodo di carenza:

il periodo di tempo, immediatamente successivo alla data iniziale, durante il quale la copertura non ha effetto.

Periodo di Franchigia assoluta:

il periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un sinistro per Inabilità Temporanea Totale oppure per disoccupazione, in relazione al quale, pur in presenza di un sinistro indennizzabile ai termini di polizza, non viene riconosciuto alcun indennizzo.

Periodo di riqualificazione:

il periodo di tempo pari a 90 giorni successivo alla cessazione dello stato di Inabilità Temporanea Totale o di disoccupazione, liquidabile ai sensi di polizza, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua normale attività lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo sinistro rispettivamente per Inabilità Temporanea Totale o per disoccupazione.

Polizza collettiva:

il contratto di assicurazione stipulato dalla Contraente nell'interesse di un gruppo di Assicurati/Aderenti.

Premio:

l'importo che l'Assicurato si impegna a corrispondere alla Società.

Sinistro:

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è concessa la copertura.

Società:

la Carige Assicurazioni S.p.A.

"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS 196/2003

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d'ora innanzi "il Decreto Legislativo"), CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipula di un contratto.

I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce "sensibili": tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all'adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di prevenzione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c).

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l'adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte dalla CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

- a) Comunicazioni obbligatorie:
sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come ISVAP, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell'ordine (P.S., C.C., C.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CID; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.
- b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l'esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

- c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società:

é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le Società del Gruppo BANCA CARIGE, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela.

Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione.

In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è la CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 - 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società.
- Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Art. 1 – OGGETTO DELLE COPERTURE

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli articoli successivi, a corrispondere l'indennizzo all'Assicurato, in base alla copertura, qualora si verifichi un sinistro. Ai fini delle coperture, il sinistro può consistere:

- 1) nell'invalidità permanente causata da infortunio per tutti i soggetti assicurati;
- 2) nella disoccupazione per tutti i dipendenti del settore privato;
- 3) nell'invalidità permanente causata da malattia qualora l'Assicurato sia non lavoratore;
- 4) nell'inabilità temporanea totale causata da infortunio o malattia qualora l'Assicurato sia lavoratore autonomo o dipendente di enti pubblici;
- 5) nel decesso da infortunio.

Nel caso in cui il contratto di finanziamento sia sottoscritto congiuntamente da 2 o più richiedenti, si considera Assicurato la persona indicata nella Dichiarazione di adesione, sempre che, rispetto alla stessa, ricorrano le condizioni di assicurabilità di cui al successivo Art. 2.

Art. 2 – PERSONE ASSICURABILI

È assicurabile la persona fisica che:

- 1) sia titolare del Finanziamento e abbia sottoscritto la Dichiarazione di adesione e di buono stato di salute;
- 2) goda di buona salute, cioè non sia affetta da malattie o lesioni gravi che necessitino trattamento medico regolare e continuato;
- 3) sia di età compresa tra i 18 e i 70 anni di età (età calcolata in anni interi, considerando per intero la frazione superiore a sei mesi) fermo restando che l'età massima ai fini dell'efficacia della copertura è di 70 anni;
- 4) qualora sia lavoratore dipendente con contratto a tempo indeterminato e svolga attività lavorativa da almeno 12 mesi consecutivi, retribuito con non meno di 16 ore lavorative alla settimana presso un'azienda privata, oppure essere lavoratore autonomo, non dovrà in ogni caso essere stato assente, negli ultimi 12 mesi, dalla normale attività lavorativa per più di 60 giorni continuativi a causa di malattia o infortunio.

Art. 3 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

Per ogni Assicurato, e sempre che sia stato pagato il premio ai sensi del successivo Art. 4, la copertura decorre dalle ore 24.00 dalla data di primo utilizzo che movimentata il saldo a debito della linea Revolving, fermo restando i periodi di carenza di cui all'Art. 26 per il caso di disoccupazione ovvero all'Art. 36 per il caso di inabilità temporanea totale.

La copertura termina:

- 1) al momento in cui l'Assicurato perde la Titolarità del Finanziamento o della carta;
- 2) alla fine del mese nel quale l'Assicurato compie 70 anni d'età;
- 3) alle ore 24.00 del giorno di mancato rinnovo della Polizza Collettiva sottoscritta tra la Contraente e la Società;
- 4) in caso di liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente totale di grado superiore al 60% o per decesso da infortunio;
- 5) alla ricezione della comunicazione da parte della Contraente della facoltà di dichiarare la decadenza dal beneficio del termine nei confronti dell'Assicurato o, comunque, di domandare la risoluzione del contratto di assicurazione;
- 6) in caso di mancato pagamento del premio da parte dell'Assicurato.

Art. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurato pagherà il premio mensilmente ad un tasso lordo pari allo 0,37% del debito residuo in qualunque modo accumulato. La Società si riserva il diritto di modificare, anche in senso sfavorevole all'Assicurato, il tasso di premio di cui sopra, dandone comunicazione alla Contraente e all'Assicurato con 30 giorni di preavviso.

L'Assicurato avrà in ogni caso il diritto di revocare la copertura assicurativa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione inviando una Raccomandata A.R. indirizzata alla Contraente. La revoca avrà efficacia dal primo giorno del mese successivo a quello di ricezione della comunicazione di revoca da parte della Contraente stessa.

La Società conferisce alla Contraente mandato per l'incasso dei premi. Al riguardo, le parti prendono atto che ditale mandato è fatta menzione nella Dichiarazione di adesione sottoscritta dall'Assicurato che, ai fini del pagamento del premio, dà istruzioni alla Contraente perché detragga una somma mensile pari all'importo del premio dall'importo dovuto mensilmente. Inoltre, in conseguenza del suddetto mandato, il pagamento del premio effettuato dall'Assicurato alla Contraente è come se fosse effettuato direttamente a favore della Società, anche ai fini dell'attivazione della copertura.

La Contraente, incassato il premio, dovrà provvedere a versare lo stesso alla Società.

Art. 5 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA

Qualora, in pendenza della copertura, l'Assicurato modifichi la propria condizione occupazionale inerente alla normale attività lavorativa, nel senso che da lavoratore autonomo diventi lavoratore dipendente o viceversa, oppure da lavoratore autonomo o lavoratore dipendente diventi non lavoratore o viceversa, la copertura sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata una copertura corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato. Conseguentemente la copertura che potrà essere fatta valere nei confronti della Società in base alla presente polizza sarà sempre quella corrispondente alla condizione occupazionale (lavoratore autonomo o lavoratore dipendente o non lavoratore) dell'Assicurato al momento del sinistro.

L'Assicurato che sia lavoratore autonomo o non lavoratore e, in pendenza della copertura, diventi lavoratore dipendente ha diritto all'indennizzo per disoccupazione solo se questa si è verificata dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 180 giorni consecutivi dal momento in cui egli è diventato lavoratore dipendente.

L'Assicurato che sia lavoratore dipendente o non lavoratore e, in pendenza della copertura, diventi lavoratore autonomo

ha diritto all'indennizzo per inabilità temporanea totale solo se il sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di 30 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria normale attività lavorativa come lavoratore autonomo.

L'Assicurato che sia lavoratore dipendente o lavoratore autonomo e, in pendenza della copertura, diventi non lavoratore ha diritto all'indennizzo per invalidità permanente da malattia solo nel caso in cui la malattia sia stata diagnosticata dopo almeno 180 giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato è divenuto non lavoratore.

ART. 6 – ONERI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono darne avviso scritto alla Società entro il novantesimo giorno dalla data di accadimento del sinistro.

L'avviso scritto di sinistro deve essere inviato dall'Assicurato o i suoi aventi causa, unitamente alla documentazione di cui ai successivi articoli tramite lettera raccomandata A.R., a:

– **Carige Assicurazioni S.p.A., Convenzione Creditis - Linea Revolving**, Via G. D' Annunzio, 55/A - 16129 Genova. Si specifica che, in casi eccezionali o di particolare difficoltà valutativa, la Società potrà richiedere quegli ulteriori documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo per inabilità temporanea totale o disoccupazione, e qualora il sinistro si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti, oltre che ad inviare alla Società l'avviso scritto di sinistro nei tempi e con le modalità di cui ai precedenti commi, a comunicare alla Società la continuazione del sinistro con le stesse modalità ed entro 90 giorni dalla fine di ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata del sinistro.

La Società potrà, in ogni momento, richiedere all'Assicurato o agli aventi causa di fornire le prove documentali in ordine al perdurante diritto alle prestazioni di cui alla presente polizza.

Art. 7 – FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro indennizzabile a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla definizione dello stesso, le parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata A.R..

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di premio al netto delle imposte relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 8 – FACOLTÀ DI RECESSO

L'Assicurato può recedere entro 30 giorni dal momento in cui l'assicurazione è conclusa.

L'Assicurato dovrà notificare la propria volontà con lettera raccomandata A.R., contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata a:

– **CARIGE ASSICURAZIONI S.p.A. - V.LE CERTOSA, 222 - 20156 MILANO.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale d'invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa all'Assicurato (previa consegna della Dichiarazione di adesione) il premio versato al netto delle imposte.

Art. 9 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 10 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche alla presente polizza o a ciascuna delle coperture devono essere provate per iscritto e avranno effetto solo per le coperture aventi data iniziale successiva alla data delle modifiche.

Art. 11 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 12 – LIMITI TERRITORIALI

Ai fini della presente polizza, la copertura per invalidità permanente totale, per inabilità temporanea totale e per decesso si estendono ai sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo. La copertura per disoccupazione si estende ai soli sinistri verificatisi nell'ambito dell'Unione Europea.

Art. 13 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Art. 14 – ALTRE ASSICURAZIONI

Resta convenuto che la copertura può cumularsi con altre coperture assicurative senza che l'Assicurato sia tenuto a dare avviso alla Società dell'esistenza di queste ultime.

Art. 15 – DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia al diritto di surroga ex Art. 1916 c.c., salvo il caso di dolo, verso tutti i conviventi dell'Assicurato.

Art. 16 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Assicurato.

Art. 17 – COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni fra la Contraente o l'Assicurato e la Società, con riferimento alla presente polizza ed alle coperture, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R., telegramma o telefax. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso.

Art. 18 – COLPA GRAVE, TUMULTI

In deroga all'Art. 1900 c.c., le coperture si estendono ai sinistri cagionati da colpa grave dell'Assicurato. In deroga all'Art. 1912 c.c. le coperture si estendono ai sinistri determinati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art. 19 – CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere, o trasferire a terzi, o vincolare a favore di terzi, i diritti derivanti dalla copertura di cui alla presente polizza.

Art. 20 – PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle coperture si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

SEZIONE A ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

(garanzia operante per tutti gli assicurati)

Art. 21 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

Nel caso di invalidità permanente totale da infortunio, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 22 qualora:

- 1) l'infortunio si sia verificato durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
- 2) l'invalidità permanente totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data del verificarsi dell'infortunio che l'ha provocata;
- 3) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato;
- 4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 23;
- 5) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 22 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità permanente totale da infortunio superiore al 60%, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo così come calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del contratto di assicurazione, comprensivo delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori sulle stesse, che l'Assicurato deve alla Contraente alla data del sinistro che ha generato l'invalidità permanente totale da infortunio.

L'indennizzo è calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del contratto di assicurazione, al netto di eventuali indennizzi già corrisposti, per lo stesso sinistro in virtù delle altre garanzie di polizza.

L'indennizzo di cui al precedente comma 1 sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di euro 10.000,00 (diecimila/00).

Art. 23 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di invalidità permanente totale causata da:

- 1) invalidità pre-esistenti, nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche pre-esistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data iniziale;
- 2) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 3) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 4) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 5) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports aerei in genere;
- 6) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
- 8) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- 9) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 10) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- 11) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 12) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 13) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 14) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 15) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 16) connessione con l'uso o produzioni di esplosivi;
- 17) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- 18) malattie tropicali;
- 19) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman, minatore o cavaiolo;
- 20) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza.

Art. 24 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare al modulo di cui al comma 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- notifica di invalidità permanente totale emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto di relazione del medico legale attestante l'invalidità permanente totale, il relativo grado e la causa della stessa;
- ogni documentazione inerente il sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 25 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio oppure sul grado di invalidità permanente totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente totale ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE B ASSICURAZIONE PER DISOCCUPAZIONE

(garanzia operante per i lavoratori dipendenti di aziende private)

Art. 26 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DISOCCUPAZIONE

Nel caso di disoccupazione, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 27 qualora:

- 1) si sia verificato un sinistro consistente nel sopravvenire dello stato di disoccupazione a carico dell'Assicurato durante il periodo di efficacia della copertura nei termini di cui al precedente Art. 3;
- 2) la data di invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della lettera di messa in mobilità o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, o di una comunicazione equivalente, sia successiva alle ore 24.00 della data termine del periodo di carenza di 180 giorni successivo alla data iniziale;
- 3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 28;
- 4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 27 – INDENNIZZO PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di disoccupazione, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma 3, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale e di interessi, dovuta dall'Assicurato al Contraente secondo l'originale piano di ammortamento.

L'indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del sinistro, il massimale mensile di

euro 1.000,00 (mille/00).

Per ogni sinistro, il primo indennizzo, sarà liquidato solo se siano trascorsi 30 giorni consecutivi di disoccupazione dal termine del periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo superiore a 30 giorni consecutivi di disoccupazione.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi è di 12 indennizzi mensili per ciascun sinistro e di 24 indennizzi mensili per ciascuna copertura. Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento alla Contraente degli indennizzi di cui ai precedenti commi.

Art. 28 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DISOCCUPAZIONE

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di disoccupazione se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore autonomo o non lavoratore o dipendente del settore pubblico.

Nessun indennizzo verrà corrisposto dalla Società per il caso di disoccupazione se:

- 1) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Tuttavia eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- 2) alla data iniziale l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- 3) la disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- 4) la disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- 5) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro e se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, apprendistato, ecc.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto" (ex Collaboratori Coordinati Continuativi);
- 6) l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- 7) l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- 8) l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità e di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (casi per cui l'assicurazione è operante);
- 9) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- 10) la disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'indennizzo in caso di inabilità temporanea totale;
- 11) l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;
- 12) l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti dall'Art. 2 della presente polizza.

Art. 29 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al comma 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia di un documento di identità;
- copia della scheda professionale e del contratto di lavoro;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato o l'inserimento nelle liste di mobilità o nella Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria, e l'eventuale permanenza in tali liste;
- attestazione del ricevimento delle indennità di disoccupazione, di mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria e/o Straordinaria.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Società le informazioni relative all'ultimo impiego che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 30 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per disoccupazione o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 180 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di disoccupazione se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 90 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente ed abbia superato il periodo di prova.

Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo superiore a 30 giorni consecutivi di disoccupazione.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione a una copertura per disoccupazione cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

SEZIONE C

ASSICURAZIONE PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

(garanzia operante solo per i non lavoratori)

Art. 31 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

Nel caso di invalidità permanente totale da malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 32 qualora:

- 1) La malattia si sia verificata durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
- 2) l'invalidità permanente totale dell'Assicurato sia riconosciuta entro 12 mesi dalla data di insorgenza della malattia;
- 3) la Società abbia accertato, ricorrendo eventualmente a consulenti medici di propria fiducia, l'effettiva sussistenza delle condizioni per il pagamento a favore dell'Assicurato;
- 4) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 33;
- 5) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

ART. 32 – INDENNIZZO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di invalidità permanente totale da malattia, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale, calcolato alla data di diagnosi della malattia, se l'Invalidità Permanente è maggiore del 60%.

L'indennizzo è calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del contratto di assicurazione, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data dell'insorgenza della malattia che ha provocato l'invalidità permanente totale e la data di liquidazione del relativo indennizzo, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di inabilità temporanea totale, nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data della relazione medica che attesti l'invalidità permanente totale, saranno detratti dall'importo dovuto per l'invalidità permanente totale.

L'indennizzo di cui al precedente comma sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di euro 10.000,00 (diecimila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento alla Contraente dell'indennizzo di cui ai precedenti punti.

Art. 33 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA MALATTIA

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di invalidità permanente totale causata da:

- 1) invalidità pre-esistenti, nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche pre-esistenti, già diagnosticate all'Assicurato prima della data iniziale;
- 2) malattie mentali, disturbi psichici in genere e le nevrosi;
- 3) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni causate da tali eventi;
- 4) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- 5) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 6) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 7) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 8) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 9) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 10) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- 11) malattie tropicali;
- 12) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza.

Art. 34 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato o i suoi aventi causa devono allegare alla denuncia di cui al comma 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata ed il relativo grado e la causa della stessa;
- ogni documentazione inerente il sinistro che gli possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad

autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 35 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze della malattia oppure sul grado di invalidità permanente totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente totale ad epoca da definirsi dal Collegio. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE D

ASSICURAZIONE PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia operante per i lavoratori autonomi e dipendenti del settore pubblico)

Art. 36 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nel caso di inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 37 qualora:

- 1) l'inabilità temporanea sia conseguenza diretta di ricovero che abbia comportato una degenza minima di 20 giorni e che si sia verificata durante il periodo in cui la copertura è efficace ai sensi del precedente Art. 3;
- 2) il sinistro sia avvenuto dopo le ore 24.00 della data in cui termina il periodo di carenza di 30 giorni successivo alla data iniziale;
- 3) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 38;
- 4) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 37 – INDENNIZZO IN CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di inabilità temporanea totale e nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste nel pagamento, per ogni mese di durata del sinistro e nei termini di cui al successivo comma 3, di una somma pari alla rata mensile, comprensiva di capitale ed interessi, dovuta dall'Assicurato alla Contraente secondo l'originale piano di ammortamento definito dal contratto di assicurazione.

L'indennizzo di cui al precedente comma non può eccedere, per ogni mese di durata del sinistro e per la durata dello stesso, il massimale mensile di euro 1.000,00 (mille/00).

Per ogni sinistro, il primo indennizzo, sarà liquidato solo se siano trascorsi 90 giorni consecutivi di inabilità temporanea totale dal termine del periodo di franchigia assoluta pari a 60 giorni. Gli indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo superiore a 30 giorni consecutivi di inabilità temporanea totale.

Il numero massimo di pagamenti mensili che la Società è obbligata ad effettuare ai sensi dei precedenti commi è di 12 rate mensili per ciascun sinistro e di 24 rate mensili per ciascuna copertura.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato con il pagamento alla Contraente degli indennizzi di cui ai precedenti punti.

Art. 38 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Nessun indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di inabilità temporanea totale se, al momento del sinistro, l'Assicurato è lavoratore dipendente del settore privato o non lavoratore.

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di inabilità temporanea totale causata da:

- 1) le conseguenze di malattie, malformazioni, stati patologici e infortuni verificatisi prima della data iniziale e già diagnosticati in tale data all'Assicurato;
- 2) infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- 3) infortuni o malattie causati all'Assicurato da etilismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- 4) infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 5) infortuni causati da guerra anche non dichiarata, insurrezioni o atti di terrorismo;

- 6) infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti popolari a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- 7) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- 8) infortuni o malattie causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 9) eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco – depressive o stati paranoidei, inclusi gli stati di stress;
- 10) interventi chirurgici o trattamenti medici non necessari, incluse le applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad infortunio avvenuto durante il periodo di efficacia della copertura;
- 11) qualsiasi condizione di salute o malattia direttamente o indirettamente collegata ad infezione da virus HIV o sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili;
- 12) le conseguenze di infortuni e malattie verificatisi mentre l'Assicurato svolge la sua normale attività lavorativa fuori dai confini d'Italia, salvo che ciò dipenda da una documentabile trasferta di lavoro per un periodo non superiore a 30 giorni;
- 13) mal di schiena e patologie assimilabili, salvo che siano comprovati da esami radiologici e clinici e che diano origine ad uno stato di inabilità temporanea totale;
- 14) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza;
- 15) qualsiasi evento che non abbia comportato un ricovero di minimo 20 giorni presso un Istituto di cura.

Art. 39 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, l'Assicurato deve allegare al modulo di cui al comma 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità, o altro documento per attestazione della data di nascita;
- attestato che certifichi la sua condizione di lavoratore autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- certificato medico attestante l'inabilità temporanea totale, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia della cartella clinica;
- i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di inabilità temporanea totale).

In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà chiedere quei documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

L'Assicurato o i suoi aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione. L'Assicurato, o in caso di morte, i suoi aventi causa, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 40 – DENUNCE SUCCESSIVE

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 30 giorni per inabilità temporanea totale causata da malattia, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale, causata dalla stessa malattia del sinistro precedente se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 60 giorni.

Dopo la denuncia di un sinistro per inabilità temporanea totale causata da infortunio durante l'iniziale periodo di carenza pari a 30 giorni, nessun indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri per inabilità temporanea totale causata da infortunio se, dal termine del sinistro precedente, non è trascorso un periodo di riqualificazione di 60 giorni.

Resta inteso che gli obblighi assunti dalla Società in relazione ad una copertura per inabilità temporanea totale cessano qualora la pratica precedente si sia chiusa per esaurimento del massimale globale di 24 indennizzi mensili.

Art. 41 – CONTROVERSIE

Qualora tra l'Assicurato e la Società insorgano eventuali controversie sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia oppure sulla durata della inabilità temporanea totale, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolati per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

SEZIONE E

ASSICURAZIONE PER DECESSO DA INFORTUNIO

(garanzia operante per tutti gli assicurati)

Art. 42 – OGGETTO DELLA COPERTURA PER DECESSO DA INFORTUNIO

Nel caso di decesso da infortunio, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo di cui al successivo Art. 43 qualora:

- 1) il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui al successivo Art. 44;
- 2) il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla data di scadenza della polizza entro 12 mesi dal giorno nel quale si è verificato l'infortunio che l'ha provocato;
- 3) l'Assicurato o i suoi aventi causa abbiano adempiuto agli oneri di cui al precedente Art. 6.

Art. 43 – INDENNIZZO IN CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

L'indennizzo che la Società è obbligata a corrispondere all'Assicurato in base alla copertura per il caso di decesso da infortunio, nei limiti e alle condizioni di cui alla presente polizza, consiste in un importo pari al debito residuo in linea capitale, alla data del sinistro che ha generato il decesso.

L'indennizzo è calcolato dalla Contraente in base alle condizioni del contratto di assicurazione, diminuito delle rate scadute e non pagate a tale data e degli eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse. Gli interessi relativi al periodo intercorrente tra la data del decesso e la data di liquidazione del relativo indennizzo, saranno rimborsati dalla Società fino ad un massimo di 2 mesi di interessi. Eventuali indennizzi già corrisposti, a titolo di invalidità permanente totale, nel periodo intercorrente tra la data del sinistro e la data del decesso saranno detratti dall'importo dovuto.

L'indennizzo di cui al precedente comma sarà pagato entro i limiti del capitale assicurato, con il massimale di euro 10.000,00 (diecimila/00) da intendersi come limite cumulativo per tutti i contratti che siano pendenti tra l'Assicurato e la Contraente alla data del sinistro. Nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito alla Contraente un mandato all'incasso in relazione ai crediti che lo stesso Assicurato possa vantare verso la Società in base alla copertura, la Società sarà liberata da ogni obbligo verso l'Assicurato o gli aventi causa, con il pagamento alla Contraente dell'indennizzo di cui ai precedenti punti.

Art. 44 – ESCLUSIONI PER IL CASO DI DECESSO DA INFORTUNIO

Sono esclusi dall'oggetto della copertura i casi di decesso da infortunio causato da:

- 1) partecipazione dell'Assicurato, alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- 2) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 3) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo, o con pilota non titolare di brevetto idoneo, o di deltaplano, o ultraleggero e in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 4) pratica da parte dell'Assicurato di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sports aerei in genere;
- 5) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- 6) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che la prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza dell'Assicurato;
- 7) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche o trattamenti estetici non resi necessari da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- 8) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 9) guerra anche non dichiarata, insurrezioni e atti di terrorismo;
- 10) partecipazione attiva dell'Assicurato a scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 11) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) effetto di sieropositività HIV, AIDS;
- 13) effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 14) connessione con l'uso o produzioni di esplosivi;
- 15) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- 16) svolgimento dell'attività di trapezista, stuntman o minatore, cavaiolo;
- 17) nessun indennizzo è inoltre dovuto se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Dichiarazione di adesione, non presentava i requisiti di assicurabilità previsti all'Art. 2 della presente polizza.

Art. 45 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Ai fini della denuncia del sinistro ai sensi del precedente Art. 6, gli aventi causa devono allegare alla denuncia di cui al comma 2 del precedente Art. 6 la seguente documentazione:

- copia del documento di identità o altro documento per attestazione della data di nascita;
- certificato di morte;
- certificato che precisi le esatte cause del decesso e se avvenuto a seguito di ricovero, cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;

- ogni documentazione inerente il sinistro che possa ragionevolmente essere richiesta. In casi eccezionali o di particolare difficoltà, la Società potrà richiedere i documenti strettamente necessari ai fini dell'espletamento delle pratiche di sinistro.

Gli aventi causa si impegnano a collaborare per consentire le indagini necessarie nonché ad autorizzare il medico curante dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione e devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Società stessa.

Art. 46 – CONTROVERSIE

Qualora insorgano eventuali controversie sulla natura del decesso, la decisione della controversia può essere demandata ad un Collegio di tre medici.

L'incarico deve essere conferito per iscritto indicando i termini controversi.

I medici del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo, che deve essere scelto tra i consulenti medici legali, di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della città ove ha sede l'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'Assicurato, luogo dove si riunirà il Collegio stesso. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ALLEGATO A

Tabella INAIL delle valutazioni del grado di percentuale di Invalidità Permanente (D.P.R. 30/06/65 n. 1124)

	Percentuali	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
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		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio		5
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio		8
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare		6
Perdita delle ultime due falangi del mignolo		8
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 o amputazione di essa 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta 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

In caso di constatato mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti il grado di invalidità viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione fino ad un limite massimo del 100%. La valutazione per la perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce e per quella di una falange di qualunque altro dito di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito con riferimento alle percentuali previste alla suesposta tabella, tenendo conto della misura nella quale è diminuita la capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla attività svolta dall'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

pagina non utilizzabile

