

INFORTUNI AZIONISTI

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Il presente contratto ha per oggetto le prestazioni previste dalla polizza INFORTUNI AZIONISTI ed è stipulato da BANCA CARIM Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A. per conto della propria clientela, le cui caratteristiche sono indicate nelle Definizioni di seguito riportate.

GARANZIA INFORTUNI

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono il significato di seguito precisato:

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Beneficiario: soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

Contraente: Banca Carim - Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A., Piazza Ferrari, 15 - 47900 Rimini, che agisce per conto dei propri clienti assicurati.

Contratto/Polizza: documento che prova l'assicurazione.

Convalescenza: periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e/o terapie mediche documentata da cartella clinica.

Difetto fisico/Malformazione: alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

Documentazione Sanitaria: originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (compresa le notule e ricevute dei farmaci).

Franchigia: parte di danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso, in giorni o in percentuale sul grado di invalidità permanente accertato.

Indennizzo: somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Invalidità permanente: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura: struttura sanitaria a gestione pubblica o privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungo degenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici, dietetici, fisioterapici, riabilitativi.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattie coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Ricovero: degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di cura.

Rischio: probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop., con sede Legale in Lungadige Cangrande 16 - 37126 Verona, indirizzo a cui spedire comunicazioni e/o documenti: Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop. – Divisione Online: Via Valle di Pruviniario, 20 – 37020 San Floriano (Verona).

Terremoto: Movimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene: Le scosse registrate nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

DECORRENZA DELLE GARANZIE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1901 del Codice Civile.

FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi quindici giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del premio. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

RECESSO IN CASO DI SINISTRO

A) Applicabile esclusivamente al Contraente (se consumatore) Dopo ogni sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte.

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte del Contraente; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

B) Applicabile esclusivamente al Contraente (diverso da consumatore)

Dopo ogni sinistro, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte.

Il recesso ha effetto trascorsi trenta giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro trenta giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro sessanta giorni dalla denuncia con preavviso di giorni trenta.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

- di polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro, in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie infortuni/malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1891 del Codice Civile.

PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto, se di durata non inferiore ad un anno, è prorogato per una durata pari ad un anno, e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

FORME DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

PERSONE ASSICURATE - CRITERI DI IDENTIFICAZIONE

Sono assicurate con la presente polizza i soci azionisti della Banca Contraente, intendendosi per tali le persone fisiche che risultano soci titolari di azioni, salvo le limitazioni previste per i minori di anni 10 di cui alla voce successiva "PERSONE ASSICURATE DI ETÀ INFERIORE AI 10 ANNI" – sezione 2.

Nel caso in cui la proprietà delle azioni figurasse a nome di società o enti privati in genere, anche stranieri, l'assicurazione si intenderà prestata nei confronti della sola persona fisica che al momento del sinistro rappresenta legalmente la società o l'ente a condizione che sia stata rilasciata, in precedenza, valida ed esplicita dichiarazione sottoscritta alla Contraente.

Dalla garanzia sono esclusi, in ogni caso, gli enti pubblici e, pertanto, i loro rappresentanti, titolari di azioni.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze del libro soci della Contraente alla data di decorrenza della polizza e alle eventuali successive variazioni, nonché da ogni altro eventuale documento apposto in suo possesso. Libri e documenti che la Contraente si impegna ad esibire in qualsiasi momento a semplice richiesta della Società.

BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI

Per la liquidazione degli indennizzi, resta convenuto quanto segue:

- in caso di morte del socio azionista, agli eredi legittimi e/o testamentari della persona assicurata;
- in caso di invalidità permanente, alla persona assicurata.

Qualora i conti o rapporti risultano intestati a società, associazioni o enti privati in genere, questi assumono anche la qualifica di beneficiari degli indennizzi.

Per il rimborso delle spese di cura, il beneficiario resta sempre la persona assicurata.

ESONERO DENUNCIA INFERMITA', DIFETTI FISICI E MALFORMAZIONI

La Contraente è esonerata anche dalla denuncia di infermità, difetti fisici o malformazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito intervenire.

PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Società non è a conoscenza, né dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione successivi, né del suo stato di salute, resta stabilito che l'assicurazione non è operante nei seguenti casi:

A) Per limiti d'età

Le persone di età superiore ad anni 80.

Qualora tale età non sia già stata ancora raggiunta alla data di effetto della presente polizza, le garanzie cessano alla

prima scadenza annuale successiva al compimento della medesima.

B) Per gravi affezioni

Sono escluse dall'assicurazione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.i.d.s.), sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Resta convenuto, inoltre, che la sopravvenienza di tali malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione.

C) Per coloro che presentano un grado di invalidità pari o superiore al 60% della totale.

Sono escluse dall'assicurazione le persone che già presentano un grado di invalidità permanente pari o superiore al 60% della totale.

L'assicurazione cessa per tutte le posizioni assicurate alla naturale scadenza della polizza, ma può cessare ancor prima, con riferimento alla posizione di ogni singolo Assicurato, in caso di:

- perdita della qualifica di socio azionista avvenuta a seguito di trasferimento a terzi delle azioni rappresentative del capitale della Contraente;

- liquidazione di un sinistro per il caso morte o per invalidità permanente da infortunio.

Nei predetti casi di anticipata cessazione il premio resta acquisito dalla Società.

PERSONE ASSICURATE DI ETÀ INFERIORE AI 10 ANNI

L'assicurazione si intende prestata anche a favore di minori eventualmente soci azionisti della Contraente.

Nel caso in cui il minore abbia una età inferiore ai 10 anni la garanzia si intende prestata per il solo caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 25% della totale.

Resta convenuto che, al compimento del decimo anno, il minore sarà ritenuto a tutti gli effetti assicurato alle condizioni previste per gli altri soci azionisti.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE

Per il soggetto, già titolare di azioni alla data di effetto del presente contratto, l'adesione all'assicurazione decorre dalle ore 24,00 dello stesso giorno, come previsto dalla precedente voce "DECORRENZA DELLE GARANZIE E PAGAMENTO DEL PREMIO" – sezione 2.

Per ogni altro nuovo soggetto l'adesione al contratto di assicurazione si intende perfezionata dalle ore 24,00 del giorno successivo a quello di sottoscrizione e annotazione nel libro soci.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti delle somme convenute, nonché alle condizioni che seguono ed in relazione alle prestazioni di cui alla voce successiva "PRESTAZIONI ASSICURATE" – sezione 2, i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza, diretta ed esclusiva, di infortuni da attività professionale ed extraprofessionale, che abbiano determinato lesioni corporali.

PARIFICAZIONE AD INFORTUNIO

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- c) le lesioni da ingestione di cibi e bevande;
- d) l'annegamento; l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- f) gli infortuni subiti in conseguenza di stato di malore o di incoscienza;

g) le affezioni ed avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;

h) le lesioni muscolari determinate da sforzo, con esclusione dell'infarto e delle ernie;

ESTENSIONI DI GARANZIA

Solo altresì indennizzabili:

a) gli infortuni cagionati con colpa grave dell'Assicurato, imperizia e negligenza, nonché quelli cagionati da tumulti popolari, sommosse e atti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente;

b) gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni ed inondazioni, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile. Resta convenuto che con la presente estensione la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini del presente contratto;

c) gli infortuni occorsi durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni. E' considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva;

d) gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili di aerodub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani, mezzi per il parapendio.

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso;

e) gli infortuni, derivanti da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare che l'Assicurato subisca fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un massimo di quattordici giorni dall'insorgere di tali eventi, se in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trovi nello Stato estero;

f) gli infortuni derivanti dalla pratica dell'attività sportiva, comprese le relative prove ed allenamenti, degli sports di seguito indicati:

1. Sports del tempo libero: intendendosi per tali quelli non effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica, a carattere ricreativo, senza alcuna forma di remunerazione e/o contributi di qualsiasi natura o titolo, da chiunque corrisposti, salvo premi non in denaro e rimborsi di spese sostenute;

2. Sports agonistici: intendendosi per tali quelli effettuati sotto l'egida delle Federazioni o Associazioni riconosciute dal CONI e svolti non in forma professionistica. E' tuttavia, ammessa quando presente, una remunerazione - in premi o denaro - purché non costituisca fonte di reddito esclusiva, né ricorrente e venga perciò erogata a titolo gratuito, senza alcun obbligo contrattuale da parte di chiunque ed esclusivamente "una tantum". nonché i rimborsi delle spese sostenute.

PRESTAZIONI ASSICURATE

L'assicurato risulta garantito per i seguenti casi:

A) MORTE

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza la morte.

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

La garanzia è prestata anche se la morte si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno dell'infortunio.

B) INVALIDITA' PERMANENTE

La garanzia riguarda l'infortunio che ha come conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale.

La garanzia è prestata anche se l'insorgere della invalidità permanente si verifica successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque, entro due anni dal giorno dell'infortunio.

C) RICOVERO - INDENNITA' GIORNALIERA

In caso di ricovero in Istituto di cura resosi necessario a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza e comportante la morte o l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, la Società corrisponderà una indennità giornaliera da ricovero.

L'indennizzo è cumulabile con le garanzie A) o B).

DETERMINAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA PER MORTE O INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte o l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale secondo le previsioni della voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera A) o B) – sezione 2, la Società corrisponderà, fermo i limiti di indennizzo successivamente previsti, una somma pari al doppio dell'importo ottenuto moltiplicando il numero delle azioni possedute al momento dell'evento per il valore convenzionale di € 18,60 ad azione.

LIMITI DI INDENNIZZO

Resta convenuto tra le Parti che, tanto per il caso morte che per quello di invalidità permanente l'esborso massimo a carico della Società, non potrà, in ogni caso, essere superiore alla somma di € 100.000,00.

La Società garantirà, comunque, un minimo di indennizzo per morte o per invalidità permanente pari ad € 2.500,00, purché il socio sia titolare di un lotto minimo di almeno 100 azioni della Contraente.

Per i soci azionisti di età superiore ad anni 75, le somme assicurate e il massimo indennizzo a carico della Società è ridotto al 50%, fermo il minimo indennizzo garantito di cui sopra.

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER RICOVERO DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza un ricovero in Istituto di cura, secondo le previsioni della voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera c) – sezione 2, la Società corrisponderà una indennità di € 25,00 per ogni giorno di degenza, escluso il primo, e per una durata massima di 60 giorni.

RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

a) gli infortuni causati da reati dolosi commessi o tentati all'Assicurato, dalla sua partecipazione attiva a tumulti popolari, sommosse, atti violenti in genere;

b) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se lo stesso è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

c) gli infortuni occorsi all'Assicurato alla guida di aeromobili, nonché quelli occorsi in qualità di membro dell'equipaggio;

d) gli infortuni occorsi all'Assicurato in conseguenza: di ubriachezza, di abuso di psicofarmaci, di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ed intossicazioni da essi derivanti;

e) le conseguenze di interventi chirurgici, di accertamenti e di cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile;

f) gli infortuni causati da guerra, insurrezione, occupazione e invasione militare salvo quanto stabilito alla voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera e) – sezione 2;

g) attività specifiche del servizio militare, durante l'arruolamento per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;

h) le conseguenze dirette ed indirette derivanti dallo sviluppo comunque insorto di energia nucleare o di radioattività;

i) le conseguenze dirette ed indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

j) gli sports ad alto rischio, intendendosi per tali: alpinismo con scalata di rocce e di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco; pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie

forme; football americano, freeclimbing, discesa di rapide, rafting, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bob, bob-sleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia;

k) tutti gli sports effettuati in forma professionistica; motoristici e motonautici, comunque svolti, salvo le gare di regolarità pura; paracadutismo e sports aerei in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, ultraleggeri, deltaplani e mezzi per il parapendio;

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

*Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. – Divisione On Line
Ufficio Sinistri
Via Valle di Pruvignano, 20
37020 – S. Floriano di San Pietro in Cariano (Verona) –
Casella Postale 26*

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da minorazioni e da condizioni patologiche preesistenti.

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

LIQUIDAZIONE AI BENEFICIARI PER LA MORTE DELL'ASSICURATO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, secondo la previsione della voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera A) – sezione 2, la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, salvo quanto stabilito alla voce "BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI" – sezione 2.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente ed in conseguenza dell'infortunio subito l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito d'infortunio indennizzabile a termini di polizza e, in applicazione degli artt. 60 comma 3) e 62 del Codice Civile o dell'art. 211 del Codice della Navigazione, l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponderà ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione dell'art. 24, lettera B), per la valutazione delle menomazioni si farà riferimento alla Tabella INAIL di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche, intervenute sino alla data di stipulazione della presente polizza.

Nel caso di una invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile, sulla base dei valori previsti dalla citata Tabella, si farà riferimento ai criteri di seguito indicati:

- per le minorazioni, anziché le perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella citata Tabella, le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;

- per le menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

- nel caso di invalidità permanente non specificata nella citata Tabella, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità, calcolata sulla base dei valori indicati nella citata Tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto della applicabilità di presidi correttivi.

Nei confronti delle persone assicurate affette da mancinismo, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Resta in ogni caso convenuto che, qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza, l'invalidità permanente accertata risulti di grado pari o superiore al 60% della totale, la Società liquiderà l'indennità al 100%, senza applicazione di alcuna franchigia.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ DA RICOVERO

A seguito di ricovero secondo la previsione della voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera c) – sezione 2, la Società corrisponderà la prevista indennità giornaliera a cura ultimata e dopo la presentazione della documentazione giustificativa comprovante la natura e la durata del ricovero.

La domanda per ottenere l'indennità, corredata dei predetti documenti, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

LIMITE DI INDENNIZZO PER SINISTRO COLLETTIVO

Si conviene tra le Parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 2.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

35 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i responsabili dell'infortunio.

VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, restando convenuto che la valutazione dell'invalidità permanente ed il pagamento dell'indennizzo avverranno in Italia.

CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione della

voce "DETERMINAZIONE DELL'INVALIDITA' PERMANENTE" – sezione 2, su concorde richiesta dell'Assicurato e della Società ed in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria Ordinaria, possono essere demandate, con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione

di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ESCLUSIONE TACITA PROROGA

A deroga della voce "PROROGA DELL'AZZICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE" – sezione 2, l'assicurazione avrà termine alla sua naturale scadenza, senza possibilità di proroga ed obbligo tra le Parti di disdetta, salvo accordi successivi.

RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

La Contraente stipula la presente polizza nell'interesse dei propri clienti, restando in ogni caso esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione del contratto per i rapporti sorgenti fra Assicurati e la Società.

INFORMAZIONI RIGUARDANTI IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modificazioni
(di seguito chiamata Legge)

Per rispettare quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 e successive modificazioni, La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti.
La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI

I Suoi dati personali, forniti da Lei o da altri per suo conto, sono utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** allo scopo di:

- emettere e dare esecuzione al contratto di assicurazione, ivi comprese la gestione e la liquidazione dei sinistri e l'assistenza alla clientela;
- qualora necessario, ridistribuire il rischio derivante dalla stipula del contratto di assicurazione, mediante la conclusione di contratti di coassicurazione e di riassicurazione;
- adempiere ad obblighi di legge, regolamenti o normative nazionali o comunitarie, connessi con l'attività assicurativa.

Tali dati, senza i quali non potremmo dar corso al contratto di assicurazione, si riferiscono alle seguenti categorie: dati anagrafici ed altri elementi di identificazione personale, dati attinenti al rischio o il servizio assicurato ivi compresi eventuali dati personali sensibili, dati relativi alle modalità del pagamento premi e del risarcimento sinistri.

II - UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI STATISTICI, INFORMATIVI E PROMOZIONALI

Qualora Lei acconsenta, i Suoi dati personali, a esclusione di quelli sensibili, saranno utilizzati da **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** al fine di:

- rilevare la qualità dei servizi e/o i bisogni della clientela e svolgere indagini statistiche;
- svolgere attività promozionale dei propri prodotti e servizi e di quelli di altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni;

In aggiunta questi Suoi dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo Cattolica Assicurazioni per il perseguimento, da parte delle stesse, delle medesime finalità statistiche, informative e promozionali.

La mancata prestazione del consenso avrà come unica conseguenza l'impossibilità di trattare i Suoi dati per tali fini e non produrrà alcun impedimento all'esecuzione del contratto di assicurazione.

III - MODALITÀ D'USO E CIRCOLAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per gli scopi sopra indicati, utilizzando supporti cartacei ed informatici. È previsto l'utilizzo del telefono e della posta elettronica.

Il trattamento dei Suoi dati personali è svolto direttamente dagli incaricati preposti di **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa** e di altri soggetti, in taluni casi operanti all'estero, che collaborano con la stessa e che svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa ed assicurativa. Ad essi vengono trasmessi solo i Suoi dati personali necessari per lo svolgimento dei compiti loro affidati.

Si tratta, in modo particolare, di: intermediari di assicurazione e riassicurazione, società di assicurazione e riassicurazione; consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliare per nostro conto quali legali, periti e medici; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria; cliniche mediche; società di riparazione danni; società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e di stampa; società di servizi amministrativi; società di servizi assicurativi quali valutazione dei rischi, gestione e liquidazione dei sinistri; società di servizi postali; società di revisione; società di ricerche di mercato; società di informazione commerciale, società di servizi investigativi, società di recupero crediti.

Sempre per il perseguimento delle medesime finalità potremmo avere la necessità di trasmettere i Suoi dati ad altri soggetti terzi: ANIA, ISVAP, CONSAP, Casellario Centrale Infortuni, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie (ad esempio: INPS, INAIL, ecc.), altri organismi consortili propri del settore assicurativo (ad esempio Convenzione Indennizzo Diretto CID, Concordato Cauzione e Credito, Pool Handicappati, ecc.).

In alcuni casi la comunicazione avviene per obbligo di Legge, regolamento o normativa nazionale o comunitaria (lo prevedono ad esempio la disciplina di antiriciclaggio e la normativa in materia di controllo societario e contabile e di vigilanza sull'attività assicurativa), oppure per l'esercizio di azioni a tutela dell'attività assicurativa, ad esempio, contro le frodi.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie di soggetti terzi.

I Suoi dati personali non saranno diffusi.

IV - DIRITTI DELL'INTERESSATO

Lei ha il diritto, ai sensi della Legge, di ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno dei Suoi dati personali e di conoscerne il contenuto, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento, verificarne l'esattezza o chiederne l'aggiornamento. Qualora i dati siano trattati in violazione della Legge, Lei ha il diritto di chiederne la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco. Inoltre Lei si può opporre in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento.

Per l'esercizio dei diritti di cui sopra, nonché per visionare l'elenco aggiornato dei responsabili per i trattamenti, Lei si potrà rivolgere a **Società Cattolica di Assicurazione – Società Cooperativa**, Titolare del trattamento dati, contattando il **Servizio Privacy**, Lungadige Cangrande n. 16 – 37126 Verona, oppure inviando un messaggio di posta elettronica all'indirizzo data.protection@cattolicaassicurazioni.it.