

INFORTUNI FURTO CORRENTISTI

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA

Il presente contratto ha per oggetto le prestazioni previste dalla polizza INFORTUNI & FURTO CORRENTISTI 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: La Banca Carim - Cassa di Risparmio di Rimini S.p.A., Piazza Ferrari, 15 – 47900 Rimini, che agisce per conto dei propri clienti assicurati.

Contratto: 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 Pruvignano, 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 00.00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 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 00.00 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 all'Assicurato (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 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, 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 ai seguenti indirizzi:

- se alla Compagnia:

SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC.
COOP., Via Valle di Pruvianiano, 20 - 37020 San
Floriano (Verona) - fax +39.045.6837310;

- se alla Banca:
BANCA CARIM - CASSA DI RISPARMIO DI RIMINI
S.p.A., Piazza Ferrari, 15 - 47900 Rimini (Rimini) –
fax +39.0541.701337

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ONERI FISCALI

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

SEZIONE 3. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIA

PREMESSA

Il presente contratto di assicurazione prevede una garanzia base INFORTUNI ed una garanzia accessoria MALATTIA, entrambe prestate dalla Società alle condizioni che seguono nei successivi articoli.

CONTI O RAPPORTI CUI SI RIFERISCE L'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione si riferisce ai seguenti conti o rapporti in euro e in valuta estera in essere presso gli sportelli della Banca Contraente operanti sul territorio nazionale:

- conti correnti di corrispondenza attivi e/o passivi;
- depositi al risparmio nominativi (liberi e vincolati) e/o certificati di deposito nominativi;
- depositi al risparmio al portatore e/o certificati di deposito al portatore, purché siano stati forniti alla Contraente i dati identificativi del soggetto depositante;
- prestiti personali, mutui ipotecari o chirografari, prestiti artigiani.

Dalla garanzia assicurativa sono esclusi, in ogni caso, i conti o i rapporti intestati ad enti pubblici.

PERSONE ASSICURATE - CRITERI DI IDENTIFICAZIONE

Le garanzie si intendono prestate a favore delle persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei suddetti conti o rapporti, nonché dei titolari di imprese individuali e delle società, associazioni o enti privati in genere.

Quando il conto o il rapporto risulta cointestato a più persone fisiche o a più rappresentanti legali (soci accomandari o amministratori delegati) questi assumono la qualifica di Assicurato e le somme assicurate si intendono ridotte rispettivamente e proporzionalmente al numero di essi.

Nel caso in cui vi fosse, tra di essi, una persona non assicurabile, l'assicurazione avrà efficacia nei confronti degli altri cointestatari come se tale persona non figurasse tra i cointestatari del rapporto.

Per i rapporti al portatore, ai fini della copertura assicurativa, è necessario che siano stati forniti contestualmente all'apertura del rapporto, i dati identificativi della persona depositante e tali dati siano stati dalla Contraente opportunamente rilevati, datati ed evidenziati.

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

Per la identificazione di tali persone, per la consistenza del rapporto intrattenuto, per la determinazione degli indennizzi e per il computo del premio di assicurazione, si farà riferimento alle evidenze contabili della Contraente riferite ai predetti conti o rapporti.

Per la validità delle coperture assicurative, la Contraente effettuerà una speciale codificazione dei vari conti o rapporti, compresi quelli al portatore, in maniera che il suo centro elettro-contabile possa in ogni momento individuarli ed in caso di sinistro fornire alla Società idonea certificazione attestante tutti gli elementi necessari per la loro identificazione e consistenza.

BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI

Per la liquidazione degli indennizzi, resta convenuto quanto segue:

a) per i conti o rapporti con saldo a credito dell'Assicurato, la Società corrisponderà l'indennizzo:

- in caso di morte, 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.

b) per i conti o rapporti con saldo a debito dell'Assicurato, la Società corrisponderà l'indennizzo alla Contraente che provvederà ad accreditarlo sui predetti conti o rapporti.

Qualora vi siano più conti o rapporti, la Contraente provvederà ad accreditare le somme liquidate prima sui conti o rapporti con saldo a debito e poi, l'eventuale eccedenza a ripartirla sui conti o rapporti con saldo a credito.

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

- per la garanzia infortuni, le persone di età superiore ad anni 80;

- per la garanzia malattia, le persone di età superiore ad anni 65.

Qualora tali età, considerate autonomamente in relazione alle rispettive garanzie, non siano già state ancora raggiunte alla data di effetto della presente polizza, le garanzie cessano alla prima scadenza annuale successiva al compimento delle medesime.

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:

- estinzione del rapporto con la Banca Contraente;
- liquidazione di un sinistro per il caso morte o per invalidità permanente da infortunio o da malattia.

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

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE

Per l'Assicurato, i cui rapporti nominativi e/o al portatore risultano già in essere con la Contraente alla data di effetto del presente contratto, l'adesione all'assicurazione decorre dalle ore 00.00 dello stesso giorno, come previsto dal precedente voce "DECORRENZA DELLE GARANZIE E PAGAMENTO DEL PREMIO" – sezione 2.

Per ogni altro nuovo Assicurato l'adesione al contratto di assicurazione si intende perfezionata:

- a) per la garanzia Infortuni dalle ore 00.00 del giorno successivo a quello di adesione per i rapporti attivati nel corso dell'annualità assicurativa,

compresi quelli al portatore qualora sia stata contestualmente fornita la designazione dell'Assicurato.

- b) per la garanzia Malattia dalle ore 00,00 del 30° giorno successivo a quello di adesione, per i rapporti attivati nel corso dell'annualità assicurativa, compresi quelli al portatore qualora sia stata contestualmente fornita la designazione dell'Assicurato. Resta convenuto che, in caso di mancata adesione o di disdetta dell'Assicurato da formularsi entro e non oltre il 30° successivo a quello di adesione e di accensione del rapporto, l'assicurazione si intende come mai prestata fin dall'inizio. Per i conti o rapporti cointestati, la mancata adesione o la successiva disdetta anche di una sola delle persone cointestatarie determinerà la non operatività dell'assicurazione nei confronti di tutte le altre persone.

VALIDITA' 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.

SEZIONE 4. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

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 successiva voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" – sezione 4, 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 di polizza;
- 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 aeroclub;

- 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 - RIMBORSO SPESE MEDICHE O 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 rimborserà le spese sostenute durante il periodo di ricovero per:

- le rette di degenza e l'assistenza medica;
- i medicinali, i trattamenti di cura e gli accertamenti diagnostici;
- gli onorari dei medici generici o specialisti, nonché, in caso di intervento, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento. Qualora le spese sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, 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 4, la Società corrisponderà, fermi i limiti di indennizzo successivamente previsti, una somma pari al montante (capitale più interessi) del saldo di chiusura del conto o del rapporto risultante dalle evidenze contabili della Contraente alle ore 24,00 del giorno precedente a quello dell'infortunio. Per i soli certificati di deposito l'importo indennizzabile è pari al loro valore attuale, tenuto conto del prezzo di emissione e degli interessi maturati e non ancora liquidati, calcolato alle ore 24,00 del giorno precedente l'infortunio. Per i conti o rapporti in valuta estera la somma assicurata, come sopra determinata, sarà convertita in Euro al cambio del giorno precedente a quello dell'infortunio, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

LIMITI DI INDENNIZZO

Resta convenuto tra le Parti che, tanto per il caso MORTE che per quello di INVALIDITA' PERMANENTE l'esborso massimo a carico della Società, non potrà, in ogni caso, essere superiore alla somma di:

- a) €. 50.000,00 per ciascun conto o rapporto;
- b) €. 100.000,00 per l'insieme di più conti o rapporti intestati o cointestati alla medesima persona.

Qualora i conti o rapporti risultano cointestati a più persone e presentano un saldo a credito, la somma assicurata e, pertanto l'indennizzo sarà ridotto proporzionalmente in base al numero dei cointestatari.

Qualora i conti o i rapporti risultano cointestati a più persone e presentano un saldo a debito, la somma assicurata e, pertanto, l'indennizzo non subirà riduzioni.

Inoltre, fermi i predetti limiti di indennizzo, resta inteso che:

- la Società garantirà, comunque, un minimo di indennizzo per morte o per invalidità permanente pari ad €. 2.500,00;
- per i lavoratori dipendenti, titolari di conti correnti sui quali avviene da almeno 3 mesi la canalizzazione dello stipendio mediante disposizione sistematica di bonifico da parte del proprio datore di lavoro, la Società corrisponderà, in caso di morte del titolare del rapporto di conto corrente, il doppio del minimo di indennizzo previsto, ovvero €. 5.000,00;
- per il caso morte, qualora nel medesimo infortunio perisca l'Assicurato e il coniuge convivente non legalmente separato, e vi siano figli di età inferiore ai 18 anni e/o maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone che per il loro stato fisico o psichico sono impossibilitati a partecipare alla vita sociale o lavorativa) la Società corrisponderà entro i predetti limiti, una seconda volta l'importo indennizzabile; la presente estensione non è operante per gli infortuni derivanti da circolazione stradale;
- per le persone di età superiore ad anni 75, la somma assicurata e i limiti massimi di indennizzo di cui sopra sono

ridotti al 50%, fermo il minimo indennizzo garantito di €. 2.500,00.

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 4, la Società rimborserà le spese sanitarie sostenute fino alla concorrenza di €. 2.500,00. Qualora dette spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponderà una indennità di €. 25,00 per ogni giorno di degenza, escluso il primo, e per una durata massima di 100 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 "ESTENSIONI DI GARANZIE" lettera e) – sezione 4;
- 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 INDENNIZZABILITA'

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 4, la Società corrisponderà la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, salvo quanto previsto alla voce "BENEFICIARI DEGLI INDENNIZZI" – sezione 3.

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 ai 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'INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente, secondo la previsione della voce "PRESTAZIONI ASSICURATE" lettera B) – sezione 4, 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.

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 ai termini 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 DEL RIMBORSO SPESE MEDICHE O DELL'INDENNITÀ DA RICOVERO

A seguito di ricovero secondo la previsione dell'art. 26. lettera C), il rimborso delle spese mediche o in alternativa la liquidazione dell'indennità giornaliera, verrà effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione della documentazione originale di spesa relative a note, distinte e ricevute di pagamento in originale e debitamente quietanzate.

La documentazione originale presentata alla Società verrà restituita, a richiesta dell'Assicurato, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.

Se l'Assicurato fruisce di altre forme di assistenza sanitaria anche mutualistica, la presente polizza assumerà la funzione di garanzia integrativa per cui la Società sarà tenuta ad effettuare il rimborso delle spese, solo per l'eventuale eccedenza fino a concorrenza della somma assicurata.

Se le spese sono completamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società liquiderà una indennità da ricovero.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi gli originali, la Società per il rimborso delle spese effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto al netto di quanto risulterà a carico dei predetti terzi, mentre per l'indennità da ricovero potrà accettare anche altra documentazione purché sia comunque giustificativa e comprovante la natura e la durata del ricovero.

Per le spese sostenute all'estero il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi. La domanda per ottenere il rimborso o l'indennità, corredata dei predetti documenti, deve essere presentata alla Società entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la cura o 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.

SEZIONE 5. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE MALATTIA

La Società si obbliga ad indennizzare, nei limiti della somma assicurata e alle condizioni che seguono, i danni subiti dall'Assicurato in conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia che abbia determinato una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale.

La garanzia è prestata a condizione che la malattia si manifesti non oltre la scadenza del presente contratto ed

abbia per conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale e quest'ultima si verifichi entro 1 anno dalla data di denuncia della malattia.

DETERMINAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA PER L'INVALIDITA' PERMANENTE

Se la malattia ha come conseguenza l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale secondo le previsioni del precedente articolo, la Società corrisponderà, fermo i limiti di indennizzo successivamente previsti, la somma che risulterà pari alla media aritmetica dei saldi di chiusura giornaliera dei 180 giorni precedenti alla data di denuncia della malattia dei conti o rapporti intestati all'Assicurato, risultanti dalle evidenze contabili della Contraente.

Per i soli certificati di deposito la somma è pari al loro valore attuale, tenuto conto del prezzo di emissione e dei soli interessi già maturati e non ancora liquidati.

Per i conti o rapporti in valuta estera la somma assicurata, come sopra determinata, sarà convertita in Euro al cambio del giorno precedente a quello di denuncia della malattia, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Inoltre, si conviene che:

- qualora i conti o rapporti risultano cointestati a più persone e presentano un saldo a credito, la somma assicurata e, pertanto l'indennizzo sarà ridotto proporzionalmente in base al numero dei contestatari;

- qualora i conti o i rapporti risultano cointestati a più persone e presentano un saldo a debito, la somma assicurata e, pertanto, l'indennizzo non subirà riduzioni.

LIMITI DI INDENNIZZO

Resta convenuto tra le parti che il massimo esborso a carico della Società per uno o più conti o rapporti intestati o cointestati all'Assicurato, non potrà in ogni caso essere superiore alla somma complessiva di €. 25.000,00.

RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per le invalidità permanenti conseguenti a:

a) malattie congenite e gli stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipula della polizza o nel periodo di carenza di cui alla voce "DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE" – sezione 3 e quelle eventualmente conseguenti ad infortunio;

b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

c) malattie tropicali e malattie conseguenti direttamente ed indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;

d) intossicazioni per abuso di alcool o ad uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, ed allucinogeni;

e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

f) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

g) positività H.I.V. ed A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;

h) guerra, insurrezioni, occupazione militare, invasione, terrorismo, sabotaggio;

i) atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o il Contraente deve denunciare alla Società la malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale.

Società Cattolica di Assicurazioni Soc. Coop. – Divisione On Line

Ufficio Sinistri

Via Valle di Pruviniario, 20

37020 – S. Floriano di San Pietro in Cariano (Verona) – Casella Postale 26

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme della cartella clinica ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti, nonché da

un certificato medico attestante la guarigione clinica o remissione della malattia e che le relative minorazioni residue risultino stabili, e ad esito non infausto.

Trascorsi 90 giorni dalla data del certificato attestante la stabilizzazione della malattia e non oltre 1 anno dalla data di denuncia della malattia, l'Assicurato o il Contraente sono tenuti a far pervenire alla Società un certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo.

L'assicurato deve fornire ogni informazione e consentire la visita dei medici della Società e qualsiasi indagine o accertamento ritenuto necessario, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

La percentuale di invalidità permanente viene accertata entro 18 mesi dalla data della denuncia della malattia. La valutazione della malattia viene effettuata in Italia.

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia denunciata, obiettivamente constatabili, e che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Il grado di Invalidità Permanente viene determinato quando per effetto della remissione della malattia le minorazioni risultano: stabili, quantificabili e ad esito non infausto a giudizio medico.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dalla voce "PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE" – sezione 3, sarà ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità Permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Se invece la precedente malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residua è stata ritenuta inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Per la valutazione del grado di Invalidità Permanente la Società farà riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto. Nei casi di Invalidità Permanente non previsti dal citato decreto, la percentuale dell'invalidità permanente verrà stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Per le malattie che colpiscono l'organo della vista o dell'udito le valutazioni sono riferite al visus o alla capacità uditiva quali risultano dopo correzione ottica o dopo applicazione di protesi acustiche.

Qualora, a giudizio del consulente medico della Società e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Ricevuta la documentazione completa attinente il sinistro indennizzabile e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, né da comunicazione

all'interessato e avuto notizia dell'accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni.
Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e, quindi non trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto in parti uguali agli eredi.

SEZIONE 6. NORME COMUNI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

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 4 o della voce "CRITERI DI INDENNIZZABILITA'" – sezione 5 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

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 o della malattia.

ESCLUSIONE TACITA PROROGA

A deroga della voce "PROROGA DELL'ASSICURAZIONE 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.

GARANZIA FURTO

SEZIONE 7. DEFINIZIONI

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

Contratto: il documento che prova l'assicurazione.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali

Franchigia: la parte del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso.

Idennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Rischio: la probabilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto: la percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: il 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 Pruvignano, 20 – 37020 San Floriano (Verona).

Stabilimento: qualsiasi sede, filiale, succursale, agenzia, sportello automatico (Cassa Continua e ATM) o dipendenza della Contraente situata nel territorio della Repubblica Italiana della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

Valori: il denaro, le carte valori ed i titoli di credito in genere.

SEZIONE 8. 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 degli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

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 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.

DECORRENZA DELLE GARANZIE E PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del C.C.

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 dell'art. 1898 del C.C.

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 dell'art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tale caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualunque altro atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno due mesi 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.

ONERI FISCALI

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

FORO COMPETENTE

Il foro competente, a scelta della parte attrice, è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'agenzia cui è assegnata la polizza.

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme delle leggi italiane.

SEZIONE 9. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE FURTO

CONTI O RAPPORTI CUI SI RIFERISCE L'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione si riferisce ai seguenti conti o rapporti in euro e in valuta estera in essere presso gli sportelli della Contraente operanti sul territorio nazionale:

- conti correnti di corrispondenza attivi e/o passivi;
- depositi al risparmio nominativi (liberi e vincolati) e/o certificati di deposito nominativi;
- depositi al risparmio al portatore e/o certificati di deposito al portatore, purché siano stati forniti alla Contraente i dati identificativi del soggetto depositante;
- prestiti personali, mutui ipotecari o chirografari, prestiti artigiani.

Dalla garanzia assicurativa sono esclusi, in ogni caso, i conti o i rapporti intestati ad enti pubblici.

PERSONE ASSICURATE - CRITERI DI IDENTIFICAZIONE

Le garanzie si intendono prestate a favore delle persone fisiche intestatarie e/o cointestatarie dei suddetti conti o rapporti, nonché dei titolari di imprese individuali e delle società, associazioni o enti privati in genere.

Quando il conto o il rapporto risulta cointestato a più persone fisiche o a più rappresentanti legali (soci accomandari o amministratori delegati) la qualifica di Assicurato viene assunta dal soggetto più anziano in carica ed a parità prevale la maggior anzianità anagrafica.

Per i rapporti al portatore, ai fini della copertura assicurativa, è necessario che siano stati forniti contestualmente all'apertura del rapporto, i dati identificativi della persona depositante e tali dati siano stati dalla Contraente opportunamente rilevati, datati ed evidenziati.

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

Per la identificazione di tali persone, per la consistenza del rapporto intrattenuto, per la determinazione degli indennizzi e per il computo del premio di assicurazione, si farà riferimento alle evidenze contabili della Contraente riferite ai predetti conti o rapporti.

Per la validità delle coperture assicurative, la Contraente effettuerà una speciale codificazione dei vari conti o rapporti, compresi quelli al portatore, in maniera che il suo centro elettro-contabile possa in ogni momento individuarli ed in caso di sinistro fornire alla Società idonea certificazione attestante tutti gli elementi necessari per la loro identificazione e consistenza.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione si intende prestata contro:

- a) il furto in seguito ad infortunio od improvviso malore dell'Assicurato o della persona incaricata per suo conto al trasporto o alla detenzione dei valori (mentre si reca o proviene dagli stabilimenti della Contraente per compiere o per aver compiuto una operazione bancaria);
- b) il furto con destrezza, limitatamente ai casi in cui la persona abbia indosso o a portata di mano i valori medesimi;
- c) il furto strappando di mano o di dosso alla persona i valori medesimi;
- d) la rapina (sottrazione di cose mediante violenza alla persona o minaccia); la garanzia è estesa al caso in cui la persona venga costretta a consegnare i valori mediante violenza o minaccia sia verso di essa e sia verso altre persone.

L'Assicurato potrà incaricare altro soggetto, familiare o dipendente o altra persona di fiducia, che effettui per suo nome e/o conto le operazioni bancarie purché in caso di sinistro fornisca idonea documentazione comprovante che detta persona era stata designata a tale funzione.

La garanzia vale anche durante la permanenza negli stabilimenti.

L'assicurazione è operante:

1. a condizione che la persona in possesso dei valori non abbia minorazioni fisiche che la rendano inadatta al compito cui sono adibite, non abbia età inferiore ai 18 anni e né superiore ai 75 anni;
2. nel giorno in cui è avvenuta l'operazione e nel periodo temporale corrispondente a quello compreso tra 1 ora prima dell'orario normale di apertura al pubblico degli stabilimenti ed 1 ora dopo quello di chiusura;
3. per gli sportelli automatici "ATM" nel periodo della loro funzionalità, fino a 2 ore dopo l'effettuazione dell'operazione di prelievamento;
4. per gli sportelli automatici "casse continue" fino a 2 ore dopo l'orario ufficiale di chiusura dell'esercizio commerciale titolare del contratto di "cassa continua";
5. a primo rischio assoluto e, cioè senza applicare la regola proporzionale di cui all'art. 1907 del C.C.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- a) verificatisi in occasione di incendio, esplosioni anche nucleari, scoppi, radiazioni o contaminazioni radioattive, trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura, salvo che l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
- b) verificatisi in occasione di atti di guerra anche civile, invasione, occupazione militare, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), rivolta, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o sabotaggio organizzato, confische, requisizioni, distruzioni o danneggiamenti per ordine di qualsiasi Governo o Autorità di fatto o di diritto, salvo che l'Assicurato provi che il sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
- c) agevolati con dolo o colpa grave dal Contraente e/o dall'Assicurato o dai loro rispettivi dipendenti e/o incaricati;
- d) indiretti quali i profitti sperati, i danni del mancato godimento od uso o di altri eventuali pregiudizi.

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE INDIVIDUALE

Per i conti o i rapporti già in essere con la Contraente alla data di effetto del presente contratto, l'adesione all'assicurazione decorre dalle ore 24,00 dello stesso giorno, come previsto dal precedente art. 50.

Per i conti o rapporti attivati successivamente nel corso dell'annualità assicurativa, compresi quelli al portatore qualora sia stata contestualmente fornita la designazione della persona assicurata, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24,00 del giorno successivo a quello di adesione.

SOMMA ASSICURATA

La Società assicura fino alla concorrenza di €. 1.550,00 per ciascun soggetto assicurato (persona fisica o impresa, o società o associazione o ente privato in genere) titolare di uno o più rapporti con la Contraente e con il limite dell'importo prelevato nelle sole operazioni effettuate presso gli sportelli automatici.

Tale somma rappresenta il massimo risarcimento che la Società, in ogni caso, potrà essere tenuta a pagare per ogni soggetto assicurato nel corso del periodo di assicurazione.

FRANCHIGIA E SCOPERTO

In caso di sinistro la Società corrisponderà all'Assicurato il 90% dell'importo liquidato a termini di polizza restando il 10% rimanente con il minimo di €. 25,00 a carico dell'Assicurato stesso, senza che egli possa, sotto decadenza di ogni diritto ad indennizzo, farlo assicurare da altri.

RIDUZIONE SOMME ASSICURATE A SEGUITO DI SINISTRO

In caso di sinistro, la somma assicurata, con effetto immediato e fino al termine dell'assicurazione, si intende ridotta, di un importo uguale a quello del danno rispettivamente indennizzabile, al netto di franchigie e/o scoperti.

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro:

a) l'Assicurato deve:

- denunciare il fatto all'Autorità giudiziaria o di Polizia del luogo entro 24 ore da quando esso si è verificato, specificando la qualità, quantità ed entità dei valori sottratti e le circostanze dell'evento;
- denunciare inoltre tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche al debitore, nonché esperire, se la legge lo consente, la procedura di ammortamento.

Le spese sostenute dall'Assicurato a tale scopo sono a carico della Società in proporzione del valore assicurato rispetto a quelle che i valori avevano al momento del sinistro;

- trasmettere, entro i successivi 5 giorni, una copia della denuncia allo stabilimento della Contraente presso il quale è acceso il rapporto, precisando l'eventuale esistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio e gli eventuali valori garantiti;

- presentare, a richiesta della Società, ogni altra documentazione, relativa al sinistro.

L'inadempimento di uno di tali obblighi comporta la perdita dell'indennizzo.

L'Assicurato che dichiara essere stati sottratti valori che non esistevano al momento del sinistro od occulta o sottrae valori non rubati o altera gli indizi o impiega a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, perde il diritto all'indennità.

b) la Contraente, ricevuta la denuncia dell'Assicurato, deve inviarla entro 30 giorni dal ricevimento, all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, fornendo tutte le informazioni e la documentazione necessaria all'accertamento e alla liquidazione del danno;

c) la liquidazione dei danni avviene mediante accordo diretto tra l'Assicurato e la Società;

d) verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo, entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione, all'Assicurato tramite la Contraente.

TITOLI DI CREDITO

Per quanto riguarda i titoli di credito rimane stabilito che:

- a) la Società, salvo diversa pattuizione, non pagherà l'importo per essi liquidato prima delle rispettive scadenze, se previste;
- b) l'Assicurato deve restituire alla Società l'indennizzo per essi percepito non appena, per effetto della procedura di ammortamento - se consentita - i titoli di credito siano divenuti, inefficaci;
- c) il loro valore è dato dalla somma da essi portata.

Per quanto riguarda in particolare gli effetti cambiari, rimane inoltre stabilito che l'assicurazione vale soltanto per gli effetti per i quali sia possibile l'esercizio dell'azione cambiaria.

PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

- a) direttamente dalla Società, o da un Perito da questa designato, con l'Assicurato o da persona da lui designata;
- b) fra due Periti nominati uno dalla Società ed uno dall'Assicurato, con apposito atto unico, se richiesto da una delle Parti.

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi. Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun Perito ha la facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

- a) indagare sulle circostanze di tempo e di luogo e sulle modalità del sinistro;
- b) verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato il rischio e non fossero state comunicate;
- c) verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi di cui alla voce "PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO" – sezione 9;
- d) verificare l'esistenza, la qualità, la quantità ed il valore delle cose assicurate;
- e) procedere alla stima ed alla liquidazione del danno e delle spese.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi della voce "ESCLUSIONE TACITA PROROGA" lettera b) – sezione 9 , i risultati delle operazioni peritali devono

essere raccolti in apposito verbale, con allegate le stime dettagliate, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

I risultati delle operazioni di cui alle lettere d) ed e) sono obbligatori per le Parti le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errore, violenza o di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso qualsivoglia azione od eccezione inerente l'indennizzabilità del danno.

La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale di perizia. I periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

ESCLUSIONE TACITA PROROGA

A deroga dell'art. 56 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, 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.

GARANZIA INFORTUNI e GARANZIA FURTO

DETERMINAZIONE E CALCOLO DEL PREMIO ANTICIPATO – REGOLAZIONE PREMIO

Per ogni conto o rapporto, il premio annuo lordo è pattuito in:

A) CONTI CORRENTI:

- giacenza media annuale D/A fino a € 15.000,00 - € 11,50
- giacenza media annuale D/A oltre € 15.000,00 e fino a € 25.000,00 - € 13,50
- giacenza media annuale D/A oltre € 25.000,00 - € 14,50

B) DEPOSITI A RISPARMIO:

- giacenza media annuale D/A fino a € 2.500,00 - € 5,00

- giacenza media annuale D/A oltre € 2.500,00 e fino a € 10.000,00 - € 8,50

- giacenza media annuale oltre € 10.000,00 - € 11,50

C) FINANZIAMENTI A RIENTRO RATEALE (ACS) E MUTUI:

- con debito residuo fino a € 15.000,00 - € 11,50
- con debito residuo oltre € 15.000,00 - € 22,00

comprensivo degli accessori e delle imposte ed è interamente dovuto anche per i conti o rapporti chiusi e/o terminati nel periodo annuo di assicurazione.

... *omissis* ...

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 Cauziore 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.