

Zurich Convenzione Infortuni

Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio INFORTUNI PLUS

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 09.2019
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 09.2019
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 09.2019

deve essere consegnato all'Aderente prima della sottoscrizione del contratto.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione copre contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali, morte e rimborsa le spese sostenute per ricoveri ed interventi chirurgici da infortunio.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Garanzia "Infotuni":** si assicurano contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali i clienti dell'Istituto Banca Valsabbina S.C.p.A, intestatari e/o possessori tutti dei seguenti rapporti: (i) c/c attivi e/o passivi; (ii) libretti di deposito a risparmio nominativi; (iii) mutui ipotecari e/o chirografari; (iv) prestiti e finanziamenti personali.

Vengono assicurate le seguenti prestazioni:

- ✓ **Garanzia "base":** (i) morte che sopravvenga non oltre due anni da quello in cui si è verificato l'evento; (ii) invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% con d'intesa che le invalidità pari o superiori al 60% come stabilito in polizza sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100%.
- ✓ **Garanzia "Plus":** (i) diaria surrogatoria SSN, la compagnia corrisponde un'indennità pari a EUR 50,00 a partire dal 4° giorno per ogni giorno di ricovero con o senza intervento chirurgico reso necessario da infortunio in Istituto di cura, con il massimo di 30 giorni per sinistro e un periodo massimo di gg. 100 per persona e per anno assicurativo; (ii) rimborso spese per ricovero con intervento chirurgico (con pernottamento) reso necessario da infortunio effettuato in Istituto di cura.

Il capitale assicurato è calcolato sulla base dei saldi e delle esposizioni relative a rapporti tra l'istituto contraente e l'assicurato, come specificato in polizza.

La garanzia sarà operante a favore delle: (i) persone fisiche intestatarie e/o contestatarie dei rapporti nominativi. Si intendono persone fisiche anche i titolari di ditte individuali che siano intestatarie dei rapporti nominativi; (ii) persone fisiche partecipanti in qualità di soci a società di fatto e a società semplici al nome delle quali società siano intestanti i rapporti nominativi.

Le garanzie vengono prestate sino al raggiungimento dei limiti di Indennizzo/ Risarcimento, somme assicurate e massimali convenuti e possono essere soggette ad applicazione di franchigie e/o scoperti.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Danni derivanti da fatti dolosi dell'assicurato (art.1917 del Codice Civile).**
- ✗ **Franchigie, scoperti di polizza e la parte di danno che eccede il massimale pattuito.**
- ✗ **Qualora restino in garanzia persone oltre i 75 anni, l'indennizzo verrà ridotto al 50% con un massimo indicato in polizza..**
- ✗ **Le persone affette da invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, valutato con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normali.**
- ✗ **Non sono considerati infortuni: (i) le ernie, eccezione fatta per quelle addominali da sforzo; (ii) gli avvelenamenti, salvo quanto previsto in polizza e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non necessari da infortunio.**
- ✗ **Le persone affette da alcolismo, tossico dipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.**



Ci sono limiti di copertura?

- ! Qualora restino in garanzia persone di oltre 75 anni, l'indennizzo verrà ridotto al 50% con il massimo di Eur. 25.823,00 per anno o per evento e la garanzia opererà per il solo caso di morte.
- ! Per i titolari e/o portatori di vari conti e/o libretti di deposito a risparmio con o senza vincolo minorile fino all'età di 18 anni, l'assicurazione è prestata per il solo caso di invalidità permanente avente percentuale pari o superiore al 25% con l'intesa che le invalidità pari o superiori al 25% come stabilito in polizza, sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità pari al 100%.
- ! Nel caso in cui il conto sia intestato a più persone fisiche, società di fatto o società semplici e se il saldo è creditore, la somma assicurata è ridotta in proporzione al numero dei cointestatari o dei soci. Non subisce riduzioni se il saldo è debitore.

Sono esclusi gli infortuni causati:

- ! dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- ! dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto in polizza;
- ! dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico;
- ! dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ! da urbiachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- ! dalle proprie azioni delittuose o da partecipazioni di imprese temerarie;
- ! da guerre, insurrezioni;
- ! da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- ! da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici).



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.
- ✓ Nei casi di infortuni verificatosi all'estero, resta inteso che l'accertamento delle eventuali invalidità permanenti verrà normalmente fatto al rientro in Italia dell'assicurato con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia ed in Euro.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto lei ha l'obbligo di fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e, nel corso del contratto, deve comunicare immediatamente a Zurich o all'intermediario assicurativo i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato (ad esempio la modifica dell'attività assicurata) mediante raccomandata.

Lei è esonerato di dare avviso scritto alla compagnai dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'Indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e può essere pagato dal contraente a Zurich o all'intermediario assicurativo tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito; può essere utilizzato anche denaro contante nel limite dell'importo massimo stabilito dalla legge.

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del premio senza possibilità di frazionamento semestrale.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo i casi di contratti di durata inferiore ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Il pagamento del premio avviene mediante autorizzazione irrevocabile per tutta la durata del contratto, all'addebito su conto corrente intrattenuto presso una filiale della banca distributrice del prodotto.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla compagnia.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

In mancanza di disdetta, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

L'assicurazione ha effetto dalle 24 ore del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e termina alla data indicata in polizza.

Per quanto concerne il rapporto con i correntisti, il correntista titolare del conto salute base non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venisse mantenuto il rapporto di conto corrente, parametrizzato la compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo correntista.

Qualora nel corso di un periodo annuale di assicurazione si verifichi per l'assicurato una delle condizioni indicate in polizza, agli effetti della presente polizza si avrà: (i) nel caso di raggiungimento del settantacinquesimo anno di età: l'assicurazione resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo, semestrale o annuale in corso e l'indennizzo verrà ridotto al 50%; (ii) nel caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%: l'assicurazione di invalidità verrà immediatamente a cessare salvo quanto previsto per il caso di morte; (iii) l'assicurazione cessa al manifestarsi di alcolismo, tossico dipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.



Come posso disdire la polizza?

Può esercitare il diritto di disdetta mediante lettera raccomandata inviata a Zurich almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione.

Polizza di assicurazione morte ed invalidità permanente da infortunio. INFORTUNI PLUS.

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Convenzione INFORTUNI

Data di realizzazione: settembre 2019 - Ultimo Aggiornamento: settembre 2019

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



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

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Zurich Insurance plc – Rappresentanza Generale per l'Italia. Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari – Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano – tel. +39.0259661 – Fax +39.0259662603. Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066. C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968.

Sito: www.zurich.it - Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it.

Con riferimento al bilancio di esercizio 2017, il patrimonio netto è pari a 2.199 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.191 milioni di euro ed è definito applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP).

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, conforme alla normativa Solvency II, è del 135% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Per le informazioni sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al seguente indirizzo: <http://www.zurich.it/avvisi-clienti/SFCRReport.htm>.

Di seguito l'ammontare del:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.933 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 870 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.615 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.487 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

ESTENSIONI

GARANZIA "CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE"

Prestazioni assicurative e garanzia	• Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente. L'assicurazione vale per gli infortuni come sopra indicati che l'assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali o nello svolgimento di ogni altra attività non professionale salvo le esclusioni. • L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinaria esercitazione; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzi dette cause di sospensione.
Delimitazioni dell'assicurazione (rischi compresi)	• Infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli e di natanti da diporto sempreché l'assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore. • Infortuni subiti dall'assicurato in qualità di passeggero di aerei. • Infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purchè non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti. • Infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi. • Infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa. • Infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale.

	• Gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria. • Le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive. • L'annegamento. • Le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) e delle rotture sottocutanee dei tendini. • Le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia. • La folgorazione. • I colpi di sole o di calore. • L'assideramento o il congelamento. • L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. • Rischi di volo.
Viaggi aerei	• Sono compresi in garanzia gli infortuni che l'assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni.	



Che cosa NON è assicurato?

In riferimento alla garanzia "infortuni"

Delimitazioni dell'assicurazione (rischi esclusi)	• Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove. • Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto dall'articolo "Viaggi aerei". • Dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 30 grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 30 comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing). • Dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo. • Da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci. • Da proprie azioni delittuose o da partecipazioni di imprese temerarie. • Da guerra, insurrezioni. • Da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni. • Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di parcelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.). • Le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). • Le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo. • Gli avvelenamenti e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio. • Le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio. • Gli infarti da qualsiasi causa determinati. • Quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo di mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale.
Viaggi aerei	• Voli effettuati su velivoli ed elicotteri militari da aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.



Ci sono limiti di copertura?

GARANZIA “CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE”

Garanzia morte da infortunio	• L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.												
Garanzia invalidità permanente da infortunio	• L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. • L'indennizzo della somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'invalidità permanente si a di grado inferiore al 60% con esclusione delle persone affette prima dell'adesione alla polizza da invalidità permanente di grado o superiore al 60%.												
Diaria Surrigatoria SSN	• L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. • La Compagnia corrisponde una indennità di € 50 a partire dal 4° giorno per ogni giorno di ricovero (con pernottamento) con o senza intervento intervento chirurgico reso necessario da infortunio in Istituto di Cura, con il massimo di 30 giorni per sinistro e un periodo massimo di gg. 100 per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a carico dell'assistenza sanitaria sociale. La degenza in Day Hospital non è soggetta alla presente indennità.												
Rimborso spese per ricovero con intervento chirurgico (con pernottamento in istituto di cura)	• L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. • Gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistenza, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento. • Materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento. • L'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento sostenute esclusivamente durante il periodo di ricovero. • Le rette di degenza. • Il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con il limite massimo di € 1.500 per persona e per evento.												
Viaggi aerei	• La garanzia vale dal momento in cui l'assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.												
Criteri di indennizzabilità	• Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a e/o aggravato da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. • È ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso. L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.												
Garanzia base	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato: <table><tr><th>Garanzia</th><th>Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)</th><th>Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo</th></tr><tr><td>Il capitale assicurato, quindi l'indennizzo</td><td>-</td><td>Minimo 2.582,00 euro se il saldo del conto è inferiore, massimo 150.000,00 euro per sinistro e anno assicurativo</td></tr><tr><td>Sinistro che coinvolge contemporaneamente più assicurati</td><td>-</td><td>1.549.371,00 euro per sinistro e anno assicurativo</td></tr><tr><td>Ernia, anche se bilaterale, non operabile secondo il parere medico</td><td>Indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale</td><td>-</td></tr></table>	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo	Il capitale assicurato, quindi l'indennizzo	-	Minimo 2.582,00 euro se il saldo del conto è inferiore, massimo 150.000,00 euro per sinistro e anno assicurativo	Sinistro che coinvolge contemporaneamente più assicurati	-	1.549.371,00 euro per sinistro e anno assicurativo	Ernia, anche se bilaterale, non operabile secondo il parere medico	Indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale	-
Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo											
Il capitale assicurato, quindi l'indennizzo	-	Minimo 2.582,00 euro se il saldo del conto è inferiore, massimo 150.000,00 euro per sinistro e anno assicurativo											
Sinistro che coinvolge contemporaneamente più assicurati	-	1.549.371,00 euro per sinistro e anno assicurativo											
Ernia, anche se bilaterale, non operabile secondo il parere medico	Indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale	-											

Garanzia "Plus"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Rimborso spese per intervento chirurgico (con pernottamento in istituto di cura)	Scoperto del 20% con il minimo di 1.000,00 euro per ogni sinistro che resterà a carico dell'assicurato	10.000,00 euro per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato
Garanzia "Viaggi aerei"	Diaria surrogatoria SSN	Franchigia 3 giorni	50,00 euro al giorno con il massimo di 30 giorni per sinistro per un massimo di 100 giorni per anno/persona
	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso aderente o dall'assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative in caso di morte, per persona	-	1.032.914,00 euro per sinistro e anno assicurativo
	Somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso aderente o dall'assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative per il caso di invalidità permanente totale, per persona	-	1.032.914,00 euro per sinistro e anno assicurativo
	Somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso aderente o dall'assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative in caso di morte, per aereo mobile	-	5.164.569,00 euro per sinistro e anno assicurativo
	Somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso aderente o dall'assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative per il caso di invalidità permanente totale, per aereo mobile	-	5.164.569,00 euro per sinistro e anno assicurativo



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro L'aderente o l'assicurato deve: • denunciare entro 30 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'aderente/assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della polizza. La denuncia del sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la polizza Zurich e deve contenere la descrizione dell'infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti; • rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le pubbliche autorità competenti relative alle circostanze del sinistro; • l'assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici di Zurich ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'assicurato; • provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'assicurato. Per il rimborso di quanto indicato all'articolo "Spese di cura" occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di ricovero; • dare immediata comunicazione per iscritto all'intermediario assicurativo o a Zurich qualora l'infortunio comporti il decesso dell'assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, presentando: (i) documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero; (ii) certificato di morte; (iii) certificato di famiglia relativo all'assicurato; (iv) atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi; (v) in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri Zurich circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; (vi) eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto; (vii) certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile); (viii) copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute; (ix) Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli; (x) dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione/sentenza di divorzio; • fornire prova, nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, della: (i) avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero; (ii) assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio. Gestione da parte di altre imprese Zurich non si avvale di imprese terze per la gestione del sinistro. Prescrizione I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento del danno all'assicurato o ha promosso l'azione contro di lui. Per le garanzie diverse dalla responsabilità civile, il termine di prescrizione è di due anni e decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto che ha generato il danno.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	Pagamento del sinistro Zurich corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

	Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti. Zurich procederà al pagamento dell'indennizzo come segue: • in caso di morte: - l'indennizzo verrà versato dalla Società agli eredi legittimi e/o testamentari delle persone fisiche decedute ed assicurate; • in caso di invalidità permanente: - l'indennizzo verrà versato dalla Società alle persone fisiche colpite da invalidità ed assicurate.
--	---



Quando e come devo pagare?

Premio	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.
Rimborso	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Aderente non provvede al pagamento dei premi annui successivi derivanti da tacito rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati in euro mediante addebito diretto sul conto corrente intestato all'Aderente in essere presso una delle filiali di Banca Valsabbina. Nel caso in cui la polizza venga concessa all'Aderente a titolo gratuito, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione.
Sospensione	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.
Risoluzione	Non sono presenti informazioni ulteriori rispetto al DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai correntisti di Banca Valsabbina che vogliono assicurarsi dai rischi di morte ed invalidità permanente da infortunio.

È dedicato ai correntisti di Banca Valsabbina che desiderano assicurarsi un indennizzo in caso di morte e invalidità permanente in caso di infortunio e un rimborso delle spese per ricovero ospedaliero e operazioni chirurgiche conseguenti a un infortunio



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 44,42%, calcolato sul premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: ZURICH INSURANCE plc Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Reclami Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano Fax numero: 02.2662.2243 E-mail: reclami@zurich.it PEC: reclami@pec.zurich.it È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai Reclami. La Compagnia deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.
All'IVASS	All'IVASS vanno indirizzati i reclami: - aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; - in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia. I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it. Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (Central Bank of Ireland, www.centralbank.ie). Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia. La convenzione di negoziazione assistita costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti E 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Glossario e Condizioni di Assicurazione



Zurich Convenzione Infortuni
INFORTUNI PLUS

Indice

Glossario	pag. 1 di 3
Norme che regolano l'Assicurazione in generale	pag. 1 di 12
Condizioni particolari di Assicurazione	pag. 3 di 12

Glossario

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Aderente - Il soggetto, titolare di un rapporto di conto corrente in essere presso Banca Valsabbina S.C.p.A. che aderisce al contratto di assicurazione mediante sottoscrizione del modulo di adesione.

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Carenza (o termine d'aspettativa) - Il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc – Rappresentanza generale per l'Italia.

Contraente - Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Franchigia - L'importo prestabilito, in cifra fissa sulla somma assicurata, che, in caso di Sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo.

Frattura ossea - Rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno (intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta); Sono parificate alle fratture ossee le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Indennizzo / Rimborso - La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Ingessatura - Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Invalità Permanente Parziale - Diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Invalità Permanente Totale - Perdita definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Istituto contraente - Banca Valsabbina S.C.p.a.

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza

e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

Malattia mentale - Ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD – 10 del OMS).

Malformazione o Difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Massimale - La somma rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l'obbligazione massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

Medicina alternativa o complementare - Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Nucleo assicurato - Il coniuge o convivente more uxorio, i figli conviventi fiscalmente a carico fino al 26°anno d'età.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - La somma dovuta dall'Aderente alla Compagnia quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamante - un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero - La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio - La degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scoperto - La percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza, con eventuale previsione di un minimo fisso, che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

Società o Compagnia - Zurich Insurance plc, Rappresentanza generale per l'Italia.

Somma assicurata - La somma massima rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l'obbligazione massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

Territorio Italiano - Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi - le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Articolo 2 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se l'Aderente non provvede al pagamento dei premi annui successivi derivanti da tacito rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.**

I premi devono essere pagati in euro mediante addebito diretto sul conto corrente intestato all'Aderente in essere presso una delle filiali di Banca Valsabbina.

Nel caso in cui la polizza venga concessa all'Aderente a titolo gratuito, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nel modulo di adesione.

Articolo 3 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Articolo 4 - Aggravamento del Rischio

L'Aderente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

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

Articolo 5 - Diminuzione del Rischio

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

Articolo 6 - Proroga dell'Assicurazione e Periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, l'assicurazione è tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente.

Per quanto concerne il rapporto con i correntisti, il correntista titolare della polizza Infortuni base non potrà rinnovare l'adesione al contratto di assicurazione se non venissero mantenuti i rapporti di conto corrente a lui intestati presso Banca Valsabbina. Parimenti la Compagnia non potrà rinnovare il contratto con il singolo correntista.

Articolo 7 - Oneri fiscali

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

Articolo 8 - Foro Competente

Foro competente, a scelta della Parte attrice, può essere quello dell'Autorità Giudiziaria competente per il luogo dove ha sede la Direzione della Compagnia, o l'Agenzia cui è assegnata la polizza o dove l'Aderente ha la sua residenza.

Qualora l'Aderente e/o il/i Beneficiario/i sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e smi), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione,

applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 9 - Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La presente polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'assicurazione infortuni e malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Articolo 10 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato di dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Articolo 11 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Condizioni particolari di Assicurazione

Calcolo del premio

Il premio annuo comprensivo di imposta, si intende stabilito in Euro 70,00 ed è da ritenersi come premio minimo anche per periodi inferiori ad un anno fermo restando la scadenza del 31/12, indipendentemente dalla data di adesione.

Articolo 1 - Oggetto dell'Assicurazione

Con la presente polizza si assicurano contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali i clienti dell'Istituto medesimo, aderenti ed intestatari di:

- 1 conti correnti attivi e/o passivi;
- 2 libretti di deposito a risparmio nominativi;
- 3 mutui ipotecari e/o chirografari erogati dall'istituto contraente;
- 4 prestiti e finanziamenti personali erogati dall'istituto contraente.

L'Assicurazione sarà operante a favore:

- delle persone fisiche intestatarie e/o contestatarie dei rapporti nominativi. Si intendono persone fisiche anche i titolari di ditte individuali che siano intestatarie dei rapporti nominativi;
- delle persone fisiche partecipanti in qualità di Soci a Società semplici e Società di Persone al nome delle quali Società siano intestati i predetti rapporti nominativi.

Nel caso coesistano più rapporti, debitori e/o creditori, nominativi, gli assicurati beneficeranno della copertura assicurativa di cui alla presente polizza, in modo autonomo e distinto per ciascun rapporto sino al raggiungimento del massimale di polizza.

Articolo 2 - Prestazioni assicurative

2. GARANZIA "BASE"

L'assicurazione viene prestata nel caso di:

- I. Morte che sopravvenga non oltre due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento;
- II. Invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% con l'intesa che le invalidità pari o superiori al 60%, come stabilito dal successivo articolo 8, sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100%.

Il capitale assicurato è pari:

- Per i conti creditori che nei 60 giorni precedenti l'evento non abbiano registrato un saldo negativo: alla media dei saldi in linea capitali risultanti dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente nei 60 giorni antecedenti il giorno dell'infortunio o del minor numero di giorni dall'apertura del conto corrente;
- Per i conti creditori che nei 60 giorni precedenti l'evento hanno presentato saldi alternati (creditori o debitori): la media sarà calcolata sull'ultima serie continua di saldi creditori;
- Per i conti debitori: al saldo in linea capitali del conto risultante dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio;
- Per i rapporti di cui ai punti 3,4 del precedente art.1: all'esposizione in linea capitali risultante dalle evidenze contabili dell'Istituto Contraente, il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

Salvo in ogni caso la prassi contabile in uso presso l'Istituto Contraente, i saldi contabili del giorno precedente a quello dell'infortunio saranno modificati dalla registrazione delle eventuali operazioni già iniziate o disposte anteriormente presso l'Istituto Contraente, a credito o a debito del Cliente ma ancora non registrate. Anche le

operazioni, a credito o a debito del cliente già iniziate o disposte anteriormente non direttamente presso l'Istituto Contraente verranno pure registrate a modificazione dei saldi contabili alla condizione che l'Istituto Contraente fornisca la prova che le operazioni medesime siano state effettuate entro il termine del giorno precedente a quello dell'infortunio.

Si conviene inoltre:

- a) Il capitale assicurato e quindi l'indennizzo da parte della Società non potrà eccedere l'importo di Euro 150.000,00;**
- b) Nel caso in cui il conto corrente sia intestato a più persone fisiche, o Società semplici e se il saldo è creditore, la somma assicurata è ridotta in proporzione al numero dei cointestatari o dei soci. Non subisce invece riduzioni se il saldo è debitore.** Qualora l'infortunato risulti intestatario solo o con altri di più conti, anche indirettamente quale Socio delle Società titolari a loro volta di uno o più conti, di cui al precedente art.1 la somma assicurata sarà pari alla somma dei saldi dei singoli conti esclusa ogni compensazione, ma l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di Euro 150.000,00;
- c) Viene comunque garantito un capitale di Euro 2.582,00 qualora il saldo complessivo del conto o del saldo totale di più conti non dovesse raggiungere tale somma;
- d) In caso di morte o di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% della totale di entrambi i genitori, di cui almeno uno sia titolare di "conti o rapporti o depositi amministrati", di cui all'art.1, in conseguenza dello stesso infortunio ai sensi di polizza, verrà riconosciuto ai figli minori o maggiori se studenti un ulteriore indennizzo di Euro 15.000,00;
- e) In caso di sinistro che coinvolge contemporaneamente più assicurati, la Società corrisponderà una indennità massima non superiore a Euro 1.549.371,00. Gli indennizzi dovuti ai singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione alla entità dei rapporti dei singoli assicurati.

2.B GARANZIA "PLUS"

In aggiunta alle prestazioni di cui alla garanzia "1- garanzia BASE" sopra indicata vengono erogate le seguenti prestazioni :

I. Diaria surrogatoria SSN

La Compagnia corrisponde una indennità di Euro 50 a partire dal 4° giorno per ogni giorno di ricovero (con pernottamento) con o senza intervento chirurgico reso necessario da infortunio in Istituto di Cura, con il massimo di 30 giorni per sinistro e un periodo massimo di gg. 100 per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a carico dell'assistenza sanitaria sociale.

La degenza in Day Hospital non è soggetta alla presente indennità.

II. Rimborso spese per ricovero con intervento chirurgico (con pernottamento) reso necessario da infortunio effettuato in Istituto di Cura:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistenza, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- l'assistenza medica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami post intervento sostenute esclusivamente durante il periodo di ricovero;
- le rette di degenza,
- il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, con il limite massimo di Euro 1.500 per persona e per evento;

Massimale per le sopraindicate prestazioni:

La garanzia di cui al presente titolo si intende prestata, fatti salvi i sottolimiti previsti per specifiche garanzie aggiuntive, fino alla concorrenza di Eur 10.000 intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di Euro 1.000 per ogni sinistro che resterà a carico dell'assicurato.

Articolo 3 - Decorrenza

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di adesione, previo pagamento del premio.

Nel caso in cui la polizza venga concessa all'Aderente a titolo gratuito, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di adesione.

Articolo 4 - Definizione di infortunio

Sono considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o l'invalidità permanente. L'assicurazione vale per gli infortuni come sopra indicati che l'assicurato subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali o nello svolgimento di ogni altra attività non professionale salvo le esclusioni di cui all'Art. 5 punto b). L'assicurazione vale altresì durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinaria esercitazione; è invece sospesa durante il servizio di leva, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzi dette cause di sospensione.

Articolo 5 - Delimitazione dell'Assicurazione

A) RISCHI COMPRESI

Premesso che è compreso in garanzia, sempreché non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di infortunio, è convenuto che la copertura è altresì operante per gli infortuni:

- Derivanti dall'uso e/o dalla guida di automotoveicoli e di natanti da diporto sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore.
- Subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aerei come indicato nell'Art.22 (viaggi aerei);
- Sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, **purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- Subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- Conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- Derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario.

Sono anche considerati infortuni:

- L'asfissia non di origine morbosa;
- Gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, **eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;**
- Le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- L'annegamento;
- Le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie** (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) **e delle rotture sottocutanee dei tendini;**
- Le ernie addominali da sforzo. In tale evenienza:
 - **se si determina ernia operabile, nessuna indennità verrà corrisposta;**
 - nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo il parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, **non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;**
 - qualora insorga contestazione circa la natura e operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico.

La garanzia ha effetto dalla data d'inizio della polizza **sempreché, all'atto del perfezionamento di quest'ultima, l'Assicurato abbia presentato un certificato medico che escluda l'esistenza di detta infermità. In mancanza del certificato la garanzia medesima sarà invece operante dopo un periodo di carenza di 180 giorni.**

Nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione -senza soluzione di continuità- di altra polizza avente per oggetto la garanzia infortuni, il termine di 180 giorni, in assenza della citata documentazione medica, ha effetto:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di decorrenza della presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da questa previste;
- Le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali

o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;

- La folgorazione;
- I colpi di sole o di calore;
- L'assideramento o il congelamento;

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.**

Detta assicurazione è estesa, in conformità alle condizioni contrattuali, ai rischi di volo. **Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

B) RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- **Dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
- **Dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto al successivo art.22 ("viaggi aerei");**
- **Dalla pratica di sports aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 30 grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 30 comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing);**
- **Dalla partecipazione a competizioni -o relative prove- sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
- **Da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;**
- **Da proprie azioni delittuose o da partecipazioni di imprese temerarie;**
- **Da guerra, insurrezioni;**
- **Da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;**
- **Da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di parcelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine accelerati ci, raggi x, ecc.).**

Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Non sono considerati Infortuni:

- **Le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;**
- **Gli avvelenamenti, salvo quanto previsto al precedente punto A) e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;**
- **Gli infarti da qualsiasi causa determinati;**
- **Quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo di mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale.**

Articolo 6 - Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Restano comunque escluse dall'assicurazione le persone affette, prima della adesione alla presente

Polizza, da invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, valutato con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normali.

Qualora nel corso di un periodo annuale di assicurazione si verifichi per l'Assicurato una delle condizioni suindicate, agli effetti della presente polizza si avrà:

- a) Nel caso di raggiungimento del settantacinquesimo anno di età: l'assicurazione resterà operante fino alla scadenza del periodo assicurativo, semestrale o annuale in corso e l'indennizzo verrà ridotto al 50% con il massimo di Euro 25.823,00 per anno o per evento e la garanzia opererà per il solo caso di morte.
- b) Nel caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% (ovviamente non dovuta ad infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza), l'assicurazione d'invalidità verrà immediatamente a cessare salvo quanto previsto per il caso morte. Resta tuttavia escluso qualsiasi preventivo accertamento anche da parte della Società Assicuratrice sulla esistenza delle sopraindicate limitazioni.

Non sono inoltre assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossico dipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

Articolo 7 - Assicurati di età inferiore ai 18 anni

Si conviene che per i titolari e/o portatori di vari conti e/o libretti di deposito a risparmio con o senza vincolo minorile fino all'età di 18 anni, l'assicurazione è prestata **per il solo caso di invalidità permanente avente percentuale pari o superiore al 25% con l'intesa che le invalidità pari o superiori al 25% come stabilito dal successivo articolo 8 sono parificate, agli effetti della liquidazione del danno, ad invalidità del 100%.**

Al compimento del 18° anno, l'assicurazione di cui sopra sarà convertita nella normale assicurazione e si applicheranno le stesse condizioni valide per tutti gli altri titolari e/o portatori di conti e/o libretti di deposito a risparmio.

Articolo 8 - Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida l'indennità qualora l'invalidità sia pari o superiore al 60% (25% per i minori di 18 anni). Di seguito si riportano i punti percentuali di invalidità per la perdita totale, anatomica o funzionale di:

	destro	sinistro
Un arto superiore	70%	60%
Una mano o un avambraccio	60%	50%
Un pollice	18%	16%
Un indice	14%	12%
Un medio	8%	6%
Un anulare	8%	6%
Un mignolo	12%	10%
La falange ungueale del pollice	9%	8%
Una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi dello scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%

	destro	sinistro
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Amputazione di arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	
Amputazione di arto inferiore al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
Amputazione di arto inferiore al di sotto del ginocchio ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Un piede	40%	
Ambedue i piedi	100%	
Un alluce	5%	
Un altro dito del piede	1%	
La falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
Un occhio	25%	
Ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di: - una vertebra cervicale - una vertebra dorsale - 12° dorsale - una vertebra lombare	12% 5% 10% 10%	
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Postumi di trauma discorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazioni dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive, si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell' eventuale possibilità di applicazione dei presidi correttivi. Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Per l'Assicurato mancino, le percentuali suesposte per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

Articolo 9 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero, esclusi i territori in stato di guerra dichiarata o non dichiarata.

L'eventuale indennizzo verrà, in ogni caso, liquidato in valuta italiana.

Nei casi di infortuni verificatisi all'estero, resta inteso che l'accertamento delle eventuali invalidità permanenti verrà normalmente effettuato al rientro in Italia dell'Assicurato. Qualora però le condizioni dell'Assicurato fossero tali da rendere pericoloso o precario o molto disagiata il suo rientro in Italia, e la Società assicuratrice abbia la possibilità, a suo giudizio, di ottenere l'efficiente collaborazione di Compagnia di proprio gradimento operante all'estero, tale accertamento potrà essere fatto nel paese dove l'Assicurato si trovi.

Articolo 10 - Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dall'Aderente/Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 30 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della Polizza. La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

Si precisa che l'Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del sinistro.

L'Assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato. Per il rimborso di quanto indicato all'articolo "Spese di cura" occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di ricovero. Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.
- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);

- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della:

- avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Articolo 11 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato. Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a e/o aggravato da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso. L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e non è trasmissibile.

Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della Compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto all' articolo 10 - Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi.

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del Sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione. La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato.

Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a - e/o aggravato da - condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Articolo 12 - Liquidazione

La Società procederà al pagamento dell'indennizzo determinato a norma dell'art. 2 come segue:

In caso di morte:

L'indennizzo verrà versato dalla Società agli eredi legittimi e/o testamentari delle persone fisiche decedute ed assicurate ai sensi- dell'art.01;

In caso di invalidità permanente:

L'indennizzo verrà versato dalla Società alle persone fisiche colpite da invalidità ed assicurate ai sensi dell'art.01.

Se il pagamento è impedito a norma di legge da un atto notificato alla Società in qualunque momento, oppure dal fatto che la Contraente non è in grado, per qualunque motivo, di dare validamente quietanza a carico della Società, non decorrono interessi a partire dalla data del fatto impeditivo.

La Società ha la facoltà di depositare, con pieno effetto liberatorio, l'importo dell'indennità dovuta presso la Cassa Depositi e Prestiti o presso un Istituto di Credito a nome della Contraente e/o dell'Assicurato.

Le spese di quietanza sono a carico della Contraente.

Nel caso di esistenza di un saldo creditore, sono peraltro esclusi dalla garanzia gli infortuni occorsi, all'esterno dei locali della banca a seguito di aggressioni o di atti violenti subiti da persone che al momento dell'infortunio si trovino in una delle seguenti posizioni:

- a) Siano sottoposte alle indagini preliminari, ovvero siano imputate o condannate -anche con provvedimento non irrevocabile- per uno o più delitti contro la persona e contro il patrimonio (titoli XII e XIII del libro 2° del codice penale);
- b) Siano sottoposte alle indagini preliminari ovvero siano imputate o condannate -anche con provvedimento non irrevocabile- per reati di associazione di tipo mafioso ovvero di associazione per delinquere finalizzata alla commissione di uno o più delitti tra quelli previsti dagli articoli 71,72 e 73 della legge 22 dicembre 1975 n. 685 (disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), nel testo attualmente in vigore;
- c) Siano sottoposte, per uno dei reati di cui ai punti a) e b) che precedono, ad una misura cautelare di sicurezza ovvero ad una sanzione penale o amministrativa sostitutiva della pena detentiva.

Articolo 13 - Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di invalidità permanente non è cumulabile con quella per il caso morte.

Articolo 14 - Individuazione dei rapporti assicurativi

Per la validità delle coperture assicurative dei vari rapporti, l'Istituto Contraente effettuerà una speciale codificazione dei rapporti stessi in maniera che l'Istituto stesso possa in ogni momento individuarli.

Articolo 15 - Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di surroga che possa competere per l'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 16 - Altre assicurazioni

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni contro gli infortuni con la Società sottoscritta e con altre. La Società dispensa l'Istituto Contraente e gli Assicurati delle comunicazioni di cui all'art. 1910 del C.C.

Articolo 17 - Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, le Parti possono conferire mandato, con scrittura privata, di decidere la relativa controversia, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede, a scelta della Parte più diligente, presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato al quale è assegnata la Polizza . Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. **Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.**

Rimane comunque ferma la facoltà di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Articolo 18 - Competenza territoriale

Per ogni controversia diversa da quella prevista dall'articolo precedente è competente esclusivamente, a scelta della parte attrice, l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede la Società ovvero di quello dove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la quale è stato concluso il contratto.

Articolo 19 - Forma delle comunicazioni dell'Istituto Contraente o dell'Assicurato o degli aventi diritto alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali l'Istituto Contraente o l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti, devono esser fatte, perché siano valide, con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza.

Articolo 20 - Identificazione delle persone assicurate

L'Istituto Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia alla Società delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri o delle schede dell'Istituto Contraente oltre che delle elaborazioni prodotte dall'Istituto stesso.

In caso di sinistro, pertanto, l'Istituto Contraente rilascerà, su richiesta della Società, una certificazione attestante gli elementi necessari per la liquidazione.

Articolo 21 - Imposta e diritti

Le spese di bollo, imposte e diritti dipendenti dalla presente assicurazione sono a carico dell'Istituto Contraente o dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Articolo 22 - Viaggi aerei

Sono compresi in garanzia gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri militari da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo di un aeromobile e termina nel momento in cui ne è disceso.

Questa garanzia vale per i casi di morte, di invalidità permanente, per somme uguali a quelle assicurate con la presente polizza, e per i rischi dalla stessa previsti, **restando inteso che le somme delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente o dall'Assicurato o da terzi in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni individuali o cumulative non potrà superare i capitali per persona di:**

Euro 1.032.914,00 per il caso morte;

Euro 1.032.914,00 per il caso di Invalidità Permanente totale;

e complessivamente per aeromobile di:

Euro 5.164.569,00 per il caso morte;

Euro 5.164.569,00 per il caso di Invalidità Permanente totale.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso dell'Aderente.

Nella eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. 1.00066

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: A. Castellano

Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

modello P.0308.SET INFORMATIVO - ed. 09.2019

